

**„Wie geht es eigentlich den Schauspielpatienten?“ -
eine qualitative Studie zu den Auswirkungen der Simulationen auf das
Wohlbefinden der Schauspielpatienten
an der Friedrich-Schiller-Universität Jena**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
doctor medicinae (Dr. med.)

**vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Schiller-Universität Jena**

**von Kathrin Lucia Heydrich
geboren am 05.11.1989 in Greiz**

Gutachter

1. Prof. Dr. phil. habil. Bernhard Strauß, Friedrich-Schiller-Universität Jena
2. PD Dr. med. Ulrich Wedding, Friedrich-Schiller-Universität Jena
3. Prof. Dr. phil. habil. Yve Stöbel-Richter, Universität Leipzig

Tag der öffentlichen Verteidigung: 02.12.2014

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung.....	1
2	Einleitung	3
3	Theoretische Einbettung.....	5
3.1	Die Umsetzung des Kommunikationstrainings im Medizinstudium	5
3.2	Geschichte der Schauspielpatienten.....	9
3.3	Bedeutung der Schauspielpatienten in der medizinischen Ausbildung	10
3.4	Vor- und Nachteile des Schauspielpatienten- Programms.....	11
4	Zielstellung.....	16
4.1	Aufmerksamkeit auf das SP- Projekt und Motivation zur Teilnahme	16
4.2	Einfluss der Tätigkeit als SP auf die Arzt-Patient-Beziehungen in der Realität.....	16
4.3	Einfluss der Tätigkeit als SP auf die Beziehungen zum persönlichen Umfeld.....	17
4.4	Gibt es negative Effekte der Simulationen auf die SP?	17
4.5	Einsatz von Schauspielpatienten in Prüfungssituationen	17
5	Methoden.....	18
5.1	Anwendung qualitativer oder quantitativer Verfahren?.....	18
5.2	Auswahl der Stichprobe	18
5.3	Beachtung ethischer und datenschutzrechtlicher Richtlinien	21
5.4	Datenerhebung in Form von halbstandardisierten Interviews.....	21
5.5	Was ist eine qualitative Inhaltsanalyse?.....	23
5.6	Datenauswertung mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring	24
6	Ergebnisse	27
6.1	Allgemeine Aspekte	27
6.1.1	Beschreibung der Tätigkeit „Schauspielpatient“ aus Sicht der Studienteilnehmer	27
6.1.2	Aufmerksamkeit auf das Projekt und Motivation zur Teilnahme	28
6.1.3	Anzahl der Einsätze und gespielten Rollen.....	29
6.1.4	Die Rollenthemen.....	30
6.1.5	Feedbackgabe	33
6.1.6	Der Gewinn der Arbeit als SP	34
6.2	Der Einfluss der SP- Tätigkeit auf die Arztbeziehungen in der Realität	36
6.2.1	Was ist den SP beim Arztbesuch wichtig?.....	36
6.2.2	Inwieweit möchten die SP in Behandlungsentscheidungen einbezogen werden?	38

6.2.3	Hat sich in Folge der Tätigkeit als SP die Beziehung oder das Verhalten gegenüber den eigenen Ärzten verändert?	40
6.2.4	Haben die Probanden seit ihrer Tätigkeit als SP ihrem eigenen Arzt schon einmal Feedback gegeben?	41
6.2.5	Von den SP beobachtete Kompetenzen und Defizite der angehenden Mediziner im Rollenspiel.....	43
6.2.6	Was können praktizierende Ärzte bei ihren Arzt-Patient- Beziehungen verbessern?	46
6.3	Welchen Einfluss hat die Tätigkeit als SP auf die Beziehungen zum persönlichen Umfeld?.....	51
6.3.1	Hat sich seit der Tätigkeit als SP der Umgang mit Familienangehörigen oder Freunden verändert?.....	51
6.3.2	Sind Familienangehörigen oder Freunden Veränderungen an den SP aufgefallen, auf die die SP angesprochen wurden?.....	54
6.4	Gibt es negative Effekte der Simulationen auf die SP?	56
6.5	Der Einsatz der SP im OSCE 2013	60
6.5.1	Aufmerksamkeit auf das OSCE- Projekt und Motivation zur Teilnahme	60
6.5.2	Ablauf eines OSCE-Tages und Beschreibung der Rollenthemen im OSCE ..	62
6.5.3	Die Herausforderung des Einsatzes im OSCE	63
6.5.4	Wie gelingt das „Ausrollen“ beim OSCE?	64
6.5.5	Wie geht es den SP nach einem OSCE- Tag?	65
6.5.6	Vergleich zwischen dem Einsatz als SP in einer Lernsituation mit dem Einsatz als SP in einer Prüfungssituation.....	66
6.6	Zusammenfassung der Ergebnisse und Hypothesenbildung.....	68
7	Diskussion	70
7.1	Bezug zur Fragestellung.....	70
7.2	Argumente für die Grundidee der Untersuchung.....	70
7.3	Methodische Diskussion	71
7.3.1	Gütekriterien	71
7.3.2	Kritikpunkte und Fehlerquellen bei der Datenerhebung.....	73
7.4	Diskussion der Ergebnisse	77
7.4.1	Aufmerksamkeit auf das Projekt und Motivation zur Teilnahme.....	77
7.4.2	Rollenthemen	78
7.4.3	Der Gewinn der Arbeit als SP	79
7.4.4	Der Einfluss der SP-Tätigkeit auf die Arztbeziehungen in der Realität	80

7.4.5	Der Einfluss der Tätigkeit als SP auf die Beziehungen zum persönlichen Umfeld.....	82
7.4.6	Gibt es negative Effekte der Simulationen auf die SP?	83
7.4.7	Vergleich zwischen dem Einsatz als SP in einer Lernsituation mit dem Einsatz als SP in einer Prüfungssituation.....	88
8	Schlussfolgerung	89
8.1	Wie wurden die SP auf das Projekt aufmerksam und was hat sie motiviert, sich daran zu beteiligen?.....	89
8.2	Welchen Einfluss hat die Tätigkeit als SP auf die Arztbeziehungen in der Realität, sowie auf die Beziehungen im persönlichen Umfeld?	89
8.3	Bringt die Simulation von Erkrankungen negative Effekte mit sich?.....	90
8.4	Vergleich zwischen dem Einsatz als SP in einer Lernsituation mit dem Einsatz als SP in einer Prüfungssituation.....	90
9	Ausblick	91
10	Literaturverzeichnis.....	92
11	Anhang	97
11.1	Informationen zur Studie.....	97
11.2	Einverständniserklärung.....	98
11.3	Interviewleitfaden	99
11.4	Lebenslauf.....	101
11.5	Danksagung.....	102
11.6	Tabellenverzeichnis.....	103
11.7	Abbildungsverzeichnis	103
11.8	Ehrenwörtliche Erklärung	104

Abkürzungsverzeichnis

ATLAS/ti- Archiv für Technik, Lebenswelt und Alltagssprache

ÄApprO- Ärztliche Approbationsordnung

FSU- Friedrich-Schiller-Universität

H- Hypothese

IPA- Internationales Phonetisches Alphabet

OSCE- Objective Structured Clinical Examination

PoL- Problemorientiertes Lernen

SDM- Shared Decision Making

SP- Schauspielpatient

T, TN- Teilnehmer

1 Zusammenfassung

In der nachfolgenden Zusammenfassung werden die wesentlichen Aussagen dieser Dissertationsarbeit im Bereich der Ausbildungsforschung dargestellt.

Hintergrund:

In Folge der eigenen Erlebnisse und Beobachtungen als SP in der medizinischen Ausbildung der Friedrich-Schiller-Universität Jena kam die Frage auf, wie es SP bei der Simulation von Erkrankungen geht. Aufgrund der geringen Forschungsergebnisse zu dieser Thematik erfolgte der Entschluss, sich damit im Rahmen der Dissertationsarbeit näher zu beschäftigen.

Fragestellungen und Ziele:

Es sollte herausgefunden werden,

- a) wie die SP auf das Programm aufmerksam wurden und was sie schließlich zur Teilnahme motivierte
- b) welchen Einfluss die Tätigkeit als SP auf die Arztbeziehungen in der Realität, sowie die Beziehungen im persönlichen Umfeld hat
- c) ob bei der Simulation von Erkrankungen auch negative Effekte auftreten und
- d) welche Unterschiede für die SP in einer Lern- bzw. Prüfungssituation bestehen.

Methodik:

Die Stichprobe dieser Dissertationsarbeit umfasste alle SP, die im Jahr 2011 und 2012 in der medizinischen Aus- und Weiterbildung der Friedrich-Schiller-Universität Jena aktiv im Einsatz waren und einwilligten, sich an dem Studienvorhaben zu beteiligen. Sechzehn Personen erklärten sich dazu bereit. Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs und der wenigen bereits vorhandenen Forschungsergebnisse in diesem Gebiet erfolgte die Datenerhebung und -auswertung qualitativ. Mit den 16 Probanden wurden halbstandardisierte Interviews geführt, nachfolgend kam es zur Transkription der Audiodateien. Das gewonnene Material wurde unter Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring ausgewertet.

Ergebnisse und Diskussion:

Die befragten SP sind über Kontakte im persönlichen Umfeld, Veranstaltungen im Rahmen des Medizinstudiums und durch Printmedien auf die Tätigkeit aufmerksam geworden. Motivierend für die Beteiligung waren vielfältige Aspekte, wie die Neugier auf das Programm, der erwartete Spaß und Lerneffekt, sowie das Interesse für die Schauspielerei und die Bezahlung (siehe Kapitel 6.1 und 6.5). Des Weiteren kann die Hypothese aufgestellt werden, dass die Tätigkeit als SP die Arztbeziehungen in der Realität insofern beeinflusst, als es zu erhöhter Aufmerksamkeit

im Arzt-Patient-Gespräch kommt und zu häufigeren Perspektivenwechsel, wodurch die SP mehr Verständnis für den Zeitmangel der Ärzte aufbringen und sich deshalb in ihrem eigenen Gesprächsverhalten auf die wesentlichen Aspekte konzentrieren (weitere Effekte siehe auch Kapitel 6.2).

Ausgehend vom gebildeten Kategoriensystem wird außerdem die Hypothese aufgestellt, dass auch der Umgang mit dem persönlichen Umfeld von der Tätigkeit als SP beeinflusst wurde. Die Probanden beobachteten beispielsweise eine Besserung der Gesprächsführung, des Umgangs mit Konfliktsituationen und der Formulierung von Kritik (weitere Effekte siehe auch Kapitel 6.3).

Die Dissertationsarbeit bestätigte ebenso das Vorhandensein negativer Effekte der Simulationen auf die SP, wie z.B. eine erhöhte Nervosität vor den Einsätzen oder Unzufriedenheit, wenn Gespräche unerwartet kompliziert verlaufen waren (weitere Effekte siehe auch Kapitel 6.4).

Bezüglich des Vergleiches einer Lernsituation mit einer Prüfung kann die Hypothese formuliert werden, dass die Prüfungssituation eine größere Herausforderung für den SP darstellt, da unter anderem mehr Wert auf die Standardisierung der Rolle gelegt wird und der Zeitdruck größer ist (weitere Vergleichspunkte siehe Kapitel 6.5.5).

Diskutiert werden müssen allerdings die Grenzen und Fehlermöglichkeiten der Studie (siehe auch Kapitel 7.3 und 7.4). Ziel der Dissertationsarbeit war es, durch Anwendung qualitativer Methoden Hypothesen zu generieren. Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs konnten keine repräsentativen Ergebnisse erwartet werden. Wünschenswert wäre es daher, die gewonnenen Erkenntnisse dieser Studie in quantitativen Untersuchungen unter Einbeziehung einer größeren Probandenanzahl zu überprüfen.

Schlussfolgerungen:

Aus den genannten Erkenntnissen kann geschlussfolgert werden, dass die Tätigkeit als SP zwar zu negativen Effekten führen kann, die positiven Wirkungen jedoch insgesamt überwiegen. Die Probanden wirken stark motiviert und betonen mehrfach den Spaß an der Arbeit als SP. Zur Verringerung der Ausprägung nachteiliger Auswirkungen helfen Nachbesprechungen (Supervision) und Feedbacktraining. Die Inanspruchnahme dieser Angebote ist vor allem beim Einsatz in Prüfungssituationen wichtig, da diese besondere Anforderungen an die SP stellen.

2 Einleitung

„Worte sind das mächtigste Werkzeug, über das ein Arzt verfügt. Worte können allerdings – wie ein zweischneidiges Schwert – sowohl tief verletzen, als auch heilen.“ (Lown, 2004)

Fachwissen, Teamfähigkeit, Belastbarkeit, Fähigkeit, Verantwortung zu übernehmen, gute Fingerfertigkeiten bei praktischen Tätigkeiten, Organisationsfähigkeit- ein Arzt sollte sich durch vielfältige Qualifikationen auszeichnen. Im Medizinstudium haben die Studierenden die Möglichkeit, das Genannte zu erlernen und zu verinnerlichen, um so optimal auf den späteren Berufsalltag vorbereitet zu sein. Doch neben diesen zahlreichen Kompetenzen, wurde die kommunikative Lehre oft vernachlässigt, obwohl die Sprache im Arztberuf eine bedeutende Rolle spielt (Simmenroth-Nayda, 2007).

Um die Defizite der Mediziner im Arzt-Patient-Gespräch, aber auch im Umgang mit Kollegen zu beheben, sind Simulationsprogramme zu einem festen Bestandteil der ärztlichen Aus- und Weiterbildung geworden. Bei einer „Simulation“ wird eine Darstellung der realen Welt erschaffen. Dies ermöglicht es, Ausbildungsziele im experimentellen Rahmen zu vermitteln (Timmermann, 2006). Die Studenten werden hierbei selbst praktisch tätig und können ihre Fähigkeiten im Gespräch mit Schauspielpatienten überprüfen und verbessern. Das Kommunikationstraining wird von den Studierenden vor allem aufgrund des Praxisbezugs gut angenommen und positiv bewertet (Neumann, 2011).

Neben den Medizinstudenten profitieren auch Ärzte in Weiterbildung von dieser Lehrmethode. Es konnte bereits nachgewiesen werden, dass Mediziner, die am Kommunikationstraining teilgenommen haben, mehr Informationen von ihren Patienten erhalten. Dadurch werden Diagnosestellung und Therapieentscheidung gefördert (Blech, 2011).

Die vorliegende Dissertation befasst sich mit den Sichtweisen und Erfahrungen der Schauspielpatienten (SP), die an der Realisierung der simulationsbasierten Lehre maßgeblich beteiligt sind. Anregung dazu liefert die eigene Tätigkeit im Rahmen des Projektes „Medizinstudenten als SP“, welches seit 2010 an der Friedrich-Schiller-Universität Jena als Wahlfach im klinischen Studienabschnitt angeboten wird (Philipp, 2011).

Bei der Literaturrecherche fällt auf, dass die Frage „Wie geht es SP bei der Simulation von Erkrankungen?“ bislang wenig Beachtung findet und dass die Forschungsergebnisse hierzu vor allem im deutschsprachigen Raum gering sind (Boerjan, 2008, Lorkowski, 2011).

Aufgrund dessen erfolgt die Erhebung und Auswertung der Daten dieser Dissertation nach einer qualitativen Methode. Da die Gesamtstichprobe klein ist, können keine repräsentativen Ergebnisse erwartet werden. Ziel ist vielmehr die Formulierung von Hypothesen. Hierfür werden halbstandardisierte Interviews mit SP der FSU Jena durchgeführt, die im Jahr 2011 und 2012 aktiv im Einsatz waren.

Von besonderem Forschungsinteresse ist, wie die SP auf das Projekt aufmerksam wurden und was sie motiviert hat, sich daran zu beteiligen. Außerdem soll untersucht werden, welchen Einfluss die Tätigkeit als SP auf die Arztbeziehungen in der Realität, sowie auf die Beziehungen im persönlichen Umfeld hat. Des Weiteren geht diese Dissertationsarbeit der Frage nach, ob die Simulation von Erkrankungen negative Effekte mit sich bringt (Bokken, 2006). Zusätzlich soll der Einsatz als SP in einer Lernsituation mit dem Einsatz als SP in einer Prüfungssituation verglichen werden.

Die gewonnen Daten werden unter Anwendung der „zusammenfassenden Inhaltsanalyse“ von Mayring ausgewertet (Mayring, 2010).

Die vorliegende Dissertationsarbeit soll wissenschaftliche Erkenntnisse liefern, die dazu beitragen, die Rekrutierung und Ausbildung der Schauspielpatienten zu unterstützen, sowie die Verarbeitung negativer Erlebnisse zu fördern.

3 Theoretische Einbettung

3.1 Die Umsetzung des Kommunikationstrainings im Medizinstudium

Im Rahmen der Kommunikation zwischen Arzt und Patient kommt es zu besonderen Herausforderungen. Damit die Ärzte diesen Herausforderungen gewachsen sind, sollte bereits in der medizinischen Ausbildung Wert auf die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen gelegt werden. Bisher stand dies allerdings nicht im Vordergrund der Lehre (Simmenroth-Nayda, 2007), auch wenn die Gesprächsführung im § 1 der ÄApprO als Ziel der ärztlichen Ausbildung aufgeführt ist (Bundesgesetzblatt, 2002).

Am 24.07.2012 ist die Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte in Kraft getreten. Hier wird die ärztliche Gesprächsführung ausdrücklich als Gegenstand der medizinischen Ausbildung und als Inhalt der abschließenden Staatsprüfung genannt (Bundesgesetzblatt, 2012).

Doch wie dem Bundesgesundheitsblatt von 2012 zu entnehmen ist, wird der Lehrbestandteil „Arzt-Patient-Kommunikation“ von den medizinischen Fakultäten noch immer wenig beachtet (Langewitz, 2012), obwohl das Gespräch mit dem Patienten zu den häufigsten Aufgaben des Arztes zählt (Simmenroth-Nayda, 2007).

Eine gelungene Kommunikation wirkt sich positiv auf die Arzt- Patient- Beziehung aus. Es konnte nachgewiesen werden, dass Patienten ihre Medikation besser einhalten, wenn der behandelnde Arzt empathisch mit ihnen spricht (Shields et al., 2005). Außerdem erhöhen gute kommunikative Fähigkeiten des Mediziners die Zufriedenheit seiner Patienten (Goedhuys and Rethans, 2001), was erneut die Wichtigkeit des ärztlichen Gesprächs betont (Schmid Mast et al., 2007). Des Weiteren wird auch die Diagnosestellung (Lang et al., 2002) und das klinische Outcome der Patienten (Del Canale et al., 2012) verbessert.

Missverständnisse zwischen Arzt und Patient oder unvollständige Anamneseerhebung durch den Arzt können weit reichende Konsequenzen haben. Gelingt die Kommunikation zwischen Arzt und Patient nicht, so kann es zu Fehlbehandlungen (Chen et al., 2008) und zu verminderter Compliance der Patienten bezüglich der Einhaltung ihrer Medikation kommen (Kerse et al., 2004). Des Weiteren gehören Kommunikationsstörungen zu den häufigsten Ursachen für Diagnose- und Therapiefehler durch Internisten (Graber et al., 2005).

Professionelle kommunikative Fähigkeiten sind demnach im klinischen Alltag absolut notwendig, um von dem Patienten ausreichend Informationen zu erhalten. Man kann die

Anamneseerhebung als Basis für alle nachfolgenden diagnostischen und therapeutischen Schritte sehen, daher sollte sie beherrscht werden.

Um eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung aufbauen zu können, ist es hilfreich zu wissen, was der Patient von der Arztkonsultation erwartet und welches Beziehungsmodell für ihn geeignet wäre. Anhand dieser Einschätzung kann man bestimmte Gesprächstechniken anwenden, die sich günstig auf die Zufriedenheit des Patienten auswirken.

Im Verlauf der Zeit hat sich die Rolle des Patienten im Rahmen der Arzt-Patient-Beziehung verändert. Bis in die 1960er Jahre hinein traf der Arzt nahezu autonom die Entscheidungen, der Patient verhielt sich eher passiv und stimmte den Weisungen des Arztes zu. Dies wird auch als paternalistisches Modell bezeichnet, da der Arzt als „Vater“ fungiert (Dierks, 2001). Im Rahmen der Demokratisierungsdebatten der 1970er Jahre entwickelten sich neue Modelle. Gewünscht wurde oftmals eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Arzt und Patient (Dierks, 2001). Dennoch ist das paternalistische Modell heute noch aktuell. In bestimmten Situationen, wie dem Notfallmanagement, gibt es keine Alternative zu der paternalistischen Rolle des Arztes.

Ab 1980 entwickelte sich die Careethik. Hierbei gewann Fürsorge, Verantwortung und Vertrauen wieder mehr Bedeutung in der Arzt-Patient-Beziehung (Krones, 2008).

Das Shared Decision Making-Modell (nachfolgend mit SDM abgekürzt) und die evidenzbasierte Patientenentscheidung (Informationsmodell) fanden nach 1990 vor allem in angloamerikanischen Ländern zunehmend Anwendung (Krones, 2008).

Doch wie ist der gegenwärtige Zustand in Deutschland? Existieren die genannten Modelle gleichwertig nebeneinander oder dominieren einige?

Der 2004 veröffentlichte Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung führte zu dieser Thematik Befragungen unter den versicherten Bürgern Deutschlands durch. Im Befragungszeitraum von 2002 bis 2004 wünschte sich etwa die Hälfte der Befragten einen gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozess (Böcken J., 2004).

Bei den Befürwortern des SDM dominiert die Altersgruppe 33 bis 46 Jahre, gefolgt von den unter 33 jährigen Patienten, den 46 bis 61 Jährigen und den über 61 Jährigen. Diese Verteilung der Altersgruppen findet man in etwa auch bei dem Modell der alleinigen Patientenentscheidung (entspricht dem Informations-, Kunden-, Konsumentenmodell) (Böcken J., 2004) .

Das paternalistische Modell wird besonders von den über 61 Jährigen genutzt, gefolgt von den 46 bis 61 Jährigen und den unter 33 Jährigen. Den geringsten Anteil haben hier die 33 bis 46 jährigen Befragten (Böcken J., 2004).

Wie in dem Gesundheitsmonitor dargelegt wird, versucht man heute in zahlreichen Bereichen des deutschen Gesundheitssystems, den Patienten ausreichend mit wissenschaftlich fundierten Informationen zu versorgen, um seine Beteiligung am Arzt - Patient - Gespräch zu fördern und SDM zu ermöglichen. Die Umsetzung patientenzentrierter Kommunikationsmodelle wird von der Gesundheitspolitik und auch von praktizierenden Ärzten vorangetrieben. Beispielhaft dafür ist auch das „Patient als Partner“- Projekt, welches vom Bund gefördert wird (Böcken J., 2004).

Doch nicht nur in Deutschland möchten Patienten zunehmend am Entscheidungsprozess des Arztes beteiligt werden, sondern in ganz Europa. Dies belegt eine telefonische Umfrage von Coulter und Magee, in welcher insgesamt 8119 Personen aus acht europäischen Ländern befragt wurden. 23 Prozent gaben hierbei an, allein über die Therapiemaßnahmen bestimmen zu wollen und 26 Prozent möchten, dass der Arzt die Entscheidung trifft. Mit 51 Prozent wünscht sich die Mehrheit der Patienten allerdings eine gemeinsame Entscheidungsfindung (Coulter, 2003).

Was beinhalten die genannten Modelle? Sind sie nur von Unterschieden geprägt oder existieren auch Gemeinsamkeiten?

Beim SDM (auch Deliberatives Modell/ Patientenzentrierung) treffen Arzt und Patient gemeinsam eine Entscheidung über die weiteren diagnostischen oder therapeutischen Schritte. Der Patient wird in die Überlegungen des Mediziners mit einbezogen, die Kommunikation erfolgt patientenzentriert (Langewitz, 2012).

Das Informationsmodell oder auch Informed (Evidence- based) Patient Choice ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient vom Arzt alle relevanten evidenzbasierten Informationen über seine Erkrankung erhält. Der Arzt hat eine Expertenfunktion, in der er dem Patient bestimmte Entscheidungshilfen gibt. Der informierte Patient wägt die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten gegeneinander ab und entscheidet allein, welche Therapie durchgeführt wird (Krones, 2008). Bisher war diese Vorgehensweise im Gesundheitswesen eher unüblich, sie wird auch heute eher selten angewendet. Es besteht die Gefahr, dass der Patient beim Treffen wichtiger Entscheidungen allein gelassen wird und zu wenig ärztliche Unterstützung erhält (Krones, 2008).

Das SDM ist eng mit dem Modell der evidenzbasierten Patientenentscheidung verbunden. Doch während Arzt und Patient beim SDM eher als Partner agieren und gemeinsam über

Therapieoptionen beraten bzw. Entscheidungen treffen, wird dies beim Informationsmodell allein vom Patient übernommen, was den wichtigsten Unterschied darstellt.

Seit den 1990er Jahren ist auch zunehmend das Kundenmodell (Consumerism/Konsumentenmodell) aktuell. Es zeichnet sich durch völlige Patientenautonomie aus. Der Arzt ist nicht mehr der beratende Experte, sondern eher in der Funktion eines Dienstleisters. Wie schon beim Informationsmodell prüft der Patient die zur Verfügung stehenden Therapieoptionen selbst und trifft allein die Entscheidungen (Krones, 2008).

Bei den genannten Modellen werden jeweils unterschiedliche Gesprächstechniken verwendet. Im paternalistischen Modell erhält der Patient vom Arzt alle notwendigen medizinischen Informationen, die den gesetzlichen Anforderungen entsprechen. Beim Informationsmodell werden dem Patient vom Arzt alle medizinischen Informationen gegeben, die für seine Entscheidung relevant sein könnten und für ihn eine Hilfe darstellen. Das Kundenmodell zeichnet sich dadurch aus, dass der Patient dem Arzt zunächst alles Wissenswerte mitteilt und dieser Ratschläge gibt, falls der Patient es wünscht. Die Art der gegebenen Informationen hängt beim Kundenmodell von den Vorstellungen des Patienten ab, sie können sowohl von medizinischer Bedeutung sein als auch das Persönliche betreffen. Wie schon beim Informationsmodell ist es wichtig, dass dem „Kunde“ vom Arzt als Dienstleister alle entscheidungsrelevanten Informationen gegeben werden (Krones, 2008).

Den Patienten zu Beginn der Arztkonsultation ausreden zu lassen, gilt als bedeutender Bestandteil des SDM- Modells im Rahmen der patientenzentrierten Medizin (Wilm S, 2004). Hilfreich ist es, wenn der Arzt dabei Informationen über das Krankheitskonzept des Patienten erhält und nachfolgend nur noch ergänzende Fragen stellen muss. Ziel dieses Modells ist also nicht der Informationsfluss in eine Richtung, sondern vielmehr der Austausch der Informationen. Inhaltlich unterscheidet sich das SDM vom paternalistischen Modell und vom Informationsmodell, da neben medizinischen Aspekten auch über persönliche Belange des Patienten gesprochen wird. Gesprächsthema sollte alles sein, was für die Entscheidungsfindung relevant sein könnte, das Informationsausmaß entspricht damit dem des Informations- und des Kundenmodells.

Die Merkmale des Modells der patientenzentrierten Kommunikation finden im realen Klinik- oder Praxisalltag nicht immer Anwendung. Eine in Deutschland durchgeführte Studie belegt, dass der Patient lediglich 11 bis 24 Sekunden Eingangsredezeit hat, bevor er vom Arzt erstmalig unterbrochen wird (Wilm S, 2004). In diesen geringen Zeitraum ist der Patient oft noch nicht dazu gekommen, sein Hauptproblem zu erläutern. In der Studie wurde auch festgestellt, dass

sich die Konsultationen bei Medizinerinnen mit Fortbildungen im Bereich Kommunikation patientenzentrierter gestalteten (Wilm S, 2004).

Dies ist ein Beleg dafür, dass die Schulung kommunikativer Kompetenzen mehr beachtet werden sollte - sowohl im Rahmen ärztlicher Weiterbildungen, als auch in der medizinischen Ausbildung. Doch wie können Medizinstudenten erfolgreich kommunikative Fähigkeiten gelehrt werden, die später im klinischen Alltag auch so haltbar sind? Der Verhaltensforscher Konrad Lorenz (1903- 1989) stellte bereits fest:

„Gedacht heißt nicht immer gesagt, gesagt heißt nicht immer richtig gehört, gehört heißt nicht immer richtig verstanden, verstanden heißt nicht immer einverstanden, einverstanden heißt nicht immer angewendet, angewendet heißt noch lange nicht beibehalten.“

Zitat von Konrad Lorenz (Ackermann, 2009)

Mit der Änderung der Approbationsordnung im Jahr 2002 gab es verschiedene Reformbemühungen zur Umgestaltung des Medizinstudiums. Ziel war es, der Lehre berufsrelevanter Schlüsselqualifikationen im Umgang mit Patienten mehr Bedeutung beizumessen (Fritzsche, 2008). Die vorklinische und klinische Ausbildung im Medizinstudium sollte stärker vernetzt werden. Außerdem wurde der Frontalunterricht in Form von Vorlesungen reduziert. Neue Unterrichtsformen, wie das problemorientierte Lernen (PoL), sollten das Studium praktischer gestalten (Langewitz, 2012). Im PoL wird das selbständige Lösen von Problemen in studentischen Kleingruppen trainiert. Des Weiteren wurden in vielen medizinischen Fakultäten neue Prüfungsformen, wie der Objective Structured Clinical Examination (OSCE), eingeführt. Die neuen Prüfungsformen sind stark praxisorientiert und finden entweder direkt am Krankenbett statt oder im Rahmen eines simulativen Settings (Schultz, 2007).

3.2 Geschichte der Schauspielpatienten

Das beschriebene experimentelle Lernen wird unter anderem durch Mitwirkung von Schauspielpatienten (auch Simulationspatienten, abgekürzt SP) ermöglicht. Es handelt sich dabei aber nicht um ein neues didaktisches Werkzeug. Schauspielpatienten wurden erstmals Anfang der 60er- Jahre durch Barrows an der University of Southern California (USA) eingesetzt. Mit ihrer Hilfe war es möglich, neurologische Untersuchungen zu simulieren und zu trainieren (Barrows and Abrahamson, 1964). Auch in Kanada, England, Holland und Skandinavien wird bereits seit Jahrzehnten mit Simulationspatienten gearbeitet (Simmenroth-Nayda, 2007). In Deutschland wurden die ersten Programme zu dieser Lehrmethode in den

Jahren 1998 bis 2000 gegründet (Frohmel et al., 2007). Zuerst arbeitete die Universität Witten-Herdecke und die Charité-Universitätsmedizin Berlin mit dieser neuen Lehrmethode, in den nachfolgenden Jahren schlossen sich die medizinischen Fakultäten von Heidelberg, Hamburg, Göttingen, Düsseldorf, Köln, München und Münster dem Programm an (Simmenroth-Nayda, 2007). Auch an der Friedrich-Schiller-Universität Jena werden seit 2004 Schauspielpatienten erfolgreich eingesetzt (Brenk- Franz, 2010), davon sind einige selbst Medizinstudenten (Philipp, 2011). Das Jenaer Modell wurde im Rahmen des Faches Medizinische Psychologie und Soziologie im WS 2004 / 2005 eingeführt (Philipp, 2006). Insgesamt existieren SP-Programme an etwa 30 medizinischen Fakultäten in Deutschland (Lorkowski, 2011).

3.3 Bedeutung der Schauspielpatienten in der medizinischen Ausbildung

Doch was ist ein Schauspielpatient? Schauspielpatienten oder Simulationspatienten übernehmen in einer simulierten Arztkonsultation die Rolle eines Patienten, wobei sie dessen Biografie und ein bestimmtes Krankheitsbild möglichst detailliert darstellen. Die Tätigkeit kann dabei von professionellen Schauspielern oder von erfahrenen Laienschauspielern ausgeübt werden (Simmenroth-Nayda, 2007).

An der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena ist der Ablauf im Kommunikationstraining in der Medizinischen Psychologie folgender: die im vorklinischen Studienabschnitt eingesetzten Schauspielpatienten verlassen nach dem Gespräch den Raum des Geschehens und formulieren ihr Feedback. Um das „Aussteigen“ aus der Rollenfigur zu unterstützen, verändern sie nach dem Rollenspiel meist etwas an ihrer äußeren Erscheinung. Währenddessen spricht der Dozent bereits mit dem Studierenden, der am Arzt-Patient-Gespräch beteiligt war, und fragt nach seinem Befinden. Danach erhält der Student ein kurzes Feedback von seinen Kommilitonen und von dem Dozenten. Anschließend betritt der Simulationspatient erneut den Raum. Nachdem der Dozent die als Schauspielpatient tätige Person kurz vorgestellt hat, erfolgt die Feedbackgabe an den Studenten. Die Simulationspatienten werden umfassend geschult, eine differenzierte Rückmeldung zu formulieren (Philipp, 2011).

Schauspielpatienten zeichnen sich durch ein breites Einsatzgebiet aus. Mit ihrer Unterstützung können Gesprächs- und Untersuchungstechniken, sowie auch pflegerische Tätigkeiten gelehrt und verbessert werden. Des Weiteren ist es mit ihrer Hilfe möglich, dass Studenten den Umgang mit schwierigen Krankheitsbildern, wie psychiatrischen Erkrankungen trainieren. Auch bei Weiterbildungsveranstaltungen von Ärzten und Psychologen werden Schauspielpatienten tätig. Doch diese didaktische Methode eignet sich nicht nur für Lehrsituationen. Auch in praktischen Prüfungen können Simulationspatienten eingesetzt werden (Ortwein et al., 2006).

In Prüfungssituationen ist es besonders wichtig, dass das Krankheitsbild des Schauspielpatienten bei jedem Prüfling in gleich bleibender Art und Weise dargestellt wird. Daher spricht man hierbei auch von standardisierten Patienten, die sich theoretisch von den simulierten Patienten unterscheiden (Bokken, 2009). Standardisierte Patienten gewährleisten, dass jeder Student annähernd gleiche Prüfungsbedingungen erhält. Die Herausforderung liegt vor allem darin, jedem Prüfling die Patientenrolle in unveränderter, einheitlicher Form zu präsentieren. Die Hauptaufgabe simulierter Patienten ist es, die Rollenfigur so realistisch wie möglich darzustellen (Bokken, 2009). Die Simulationspatienten haben somit gegenüber den standardisierten Patienten mehr Freiraum für Improvisation im Spiel. Neben den genannten Einsatzgebieten findet man Schauspielpatienten auch im Bereich der Versorgungsforschung, dort gelten sie als "Goldstandard in der Qualitätskontrolle" (Simmenroth-Nayda, 2007).

3.4 Vor- und Nachteile des Schauspielpatienten- Programms

Die Vorteile des Einsatzes von Schauspielpatienten sind vielfältig. Zum einen schon man reale Patienten vor zusätzlicher physischer und psychischer Belastung (Frohmel et al., 2007). Außerdem agieren die Studenten stets in dem geschützten Rahmen der Simulation. Sie müssen nicht fürchten, dass ihr Handeln zu unmittelbaren Konsequenzen führt, wie dies im realen Klinikalltag zu erwarten wäre. Somit werden Verunsicherungen verringert und es erfolgt eine Förderung des Lernprozesses. Der eigene Gesprächsstil kann weiterentwickelt werden, zunehmend wird auch Handlungssicherheit gewonnen (Schultz, 2007).

Ein einzigartiger Vorteil von Schauspielpatienten gegenüber realen Patienten ist außerdem, dass sie den Studenten Feedback geben können. Beim Feedback berichtet der Schauspielpatient von den Reaktionen, die er während der Konsultation mit dem Studenten erlebte. Es handelt sich hierbei um eine Art Rückkopplung auf die Patientenperspektive (Bokken, 2009).

Mit Hilfe von Schauspielpatienten kann auch auf den individuellen Wissensstand der Studenten Bezug genommen werden, da eine Fokussierung und auch Wiederholung bestimmter Lehrinhalte möglich ist (Brenk- Franz, 2010). Des Weiteren sind Schauspielpatienten besser verfügbar als reale Patienten. Die aufwändige Suche nach Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern, die auch noch bereit sind, in die medizinische Lehre einbezogen zu werden, entfällt. Dies führt zu einer Verringerung des organisatorischen Aufwands der Lehrveranstaltung, da Schauspielpatienten die Symptome und den Schweregrad verschiedener Erkrankungen flexibel darstellen können (Neumann, 2011). Schauspielpatienten sind dabei auch für Situationen geeignet, die man realen Patienten nicht zumuten könnte. So ist es zum Beispiel möglich, dass Medizinstudenten das Mitteilen schwerwiegender Diagnosen mit Simulationspatienten trainieren (Ortwein et al., 2006).

Allerdings fällt bei dieser Lehrmethode ein hoher logistischer und finanzieller Aufwand an (Schultz, 2007). Um die Simulationspatienten-Programme in Deutschland weiter auszubauen, muss man demnach einen hohen Zeit-, Finanz- und Personalaufwand einplanen. Zur optimalen Nutzung der bestehenden Kapazitäten wäre eine gezielte Zusammenarbeit der medizinischen Fakultäten sinnvoll (Frohmel et al., 2007).

Außerdem sollte die Ausbildung der Schauspielpatienten durch professionelle Trainer erfolgen (Frohmel et al., 2007). Denn nur durch entsprechende Schulung kann eine effektive Feedbackgabe an die Studenten gewährleistet werden. Zusätzlich ist eine sorgfältige Auswahl der Schauspielpatienten und ein umfangreiches Rollentraining notwendig, um die Rollenfigur so authentisch wie möglich darzustellen. Denn in Einzelfällen wird die Simulation von den Studierenden als unrealistisch empfunden (Ortwein et al., 2006). Bei einigen Krankheitsbildern stoßen auch Schauspielpatienten auf ihre Grenzen. Zum Beispiel ist es einem Gesunden nicht möglich, ein Herzgeräusch adäquat zu simulieren. Hierfür werden reale Patienten oder Computersimulationen benötigt (Ortwein et al., 2006). Nachteilig ist auch, dass in einigen Fällen negative Effekte der Simulationen auf die Schauspielpatienten beobachtet werden. Doch dieser Aspekt findet in den Untersuchungen zum Thema simulationsbasierte Lehre noch wenig Beachtung (Boerjan, 2008).

Bei Untersuchungen zum Thema “Arbeit mit Schauspielpatienten” konzentrierte man sich vorrangig auf die Umsetzbarkeit des Projekts, die Effektivität der Lehrmethode, sowie deren Kosten. Vor allem in Deutschland wurde sich bisher nicht intensiv mit der Frage “Wie geht es den Schauspielpatienten bei der Simulation von Erkrankungen” auseinander gesetzt. Im Rahmen dieser Thematik wird häufig auf Studienergebnisse anderer Länder zurück gegriffen.

Auffallend dabei ist immer wieder, dass Schauspielpatienten nicht nur positive Effekte ihrer Arbeit wahrnehmen.

An der Universität von Maastricht (Niederlande) erfolgte eine anonyme Befragung von Schauspielpatienten, die im Jahr 2000 und 2001 tätig waren. Es wurden Fragebögen an 70 Personen gesendet, wovon 84 % antworteten. Dabei wurde herausgefunden, dass 73 % der an der Befragung teilgenommenen Schauspielpatienten Stresssymptome aufweisen. Eine derart hohe Anzahl hatte man, den Autoren zufolge, nicht erwartet. Die Betroffenen berichteten unter anderem von Erschöpfung, Reizbarkeit, Unzufriedenheit mit der eigenen Leistung oder der Leistung anderer, Nervosität, Angst, Schlafstörungen und körperlichen Beschwerden. Die Symptome waren eher mild in der Ausprägung. Dennoch wurde von den Autoren des Artikels bereits 2004 gefordert, diesem Aspekt mehr Aufmerksamkeit zu widmen, da die Vielzahl der berichteten Symptome Anlass zur Sorge gibt. Nach ihrer Ansicht sollten sich zukünftige Studien

mit den Ursachen und der Prävention dieser Phänomene beschäftigen. Außerdem sollten Maßnahmen ergriffen werden, um die Symptome zu behandeln bzw. ihr Auftreten zu verhindern (Bokken, 2004).

Kann der Einsatz von Menschen als “didaktisches Werkzeug” demnach negative Konsequenzen haben? Diese Frage stellten sich auch die Autoren einer Studie, die mit Schauspielpatienten der Gent Universität in Belgien durchgeführt und 2008 veröffentlicht wurde (Boerjan, 2008). Die Autoren führten dabei halbstrukturierte Interviews mit acht erfahrenen Schauspielpatienten der medizinischen Fakultät. Der Inhalt der ermittelten Daten wurde im Anschluss qualitativ analysiert. Im Ergebnis konnte festgestellt werden, dass die Studienteilnehmer insgesamt Spaß an ihrer Arbeit als Schauspielpatient hatten und oft glücklich und zufrieden waren. Doch auch hier wurden negative Auswirkungen der Simulation auf das Wohlbefinden beschrieben. Dazu zählte vor allem Angst und Nervosität bei der Performance. Außerdem wurden die Schauspielpatienten sehr vielen Emotionen innerhalb eines kurzen Zeitraumes ausgesetzt: den Emotionen der Studenten, der Rollenfigur und natürlich den eigenen Empfindungen. Aufgrund dessen fühlten sich einige Schauspielpatienten nach dem Rollenspiel müde und schliefen zum Teil unruhig. Des Weiteren wurde beobachtet, dass Schauspielpatienten bei der wiederholten Simulation der gleichen physischen Beschwerden selbst derartige Symptome wahrgenommen haben. Neben diesen Effekten kam es auch zu einer Verbesserung der medizinischen Kenntnisse in Folge der Tätigkeit als Schauspielpatient. Die Studienteilnehmer berichteten, dass sie sich nun gesundheitsbewusster verhalten. Allerdings wurden die Schauspielpatienten kritischer gegenüber ihrem eigenen Hausarzt. Sie führten jedoch auch einen Perspektivenwechsel durch, indem sie erkannten, dass es schwierig ist, Arzt zu sein (Boerjan, 2008).

Im Rahmen der Schauspielpatienten-Programme werden nicht nur Erwachsene, sondern ebenso Kinder und Jugendliche eingesetzt. Doch die Forschung zum Thema “Jugendliche als Schauspielpatienten” ist ebenso gering.

In einer Studie, die im Jahr 2006 veröffentlicht wurde, stand die Entwicklung von Mädchen im Vordergrund der Untersuchungen (Blake, 2006). Die 13 bis 15 Jährigen haben am Schauspielpatienten-Programm der Dalhousie University in Kanada teilgenommen. Mit Hilfe der Studie sollten Erkenntnisse darüber gewonnen werden, ob Jugendliche für die Darstellung risikobereiter Menschen herangezogen werden können. Risikobereit bedeutete in diesem Zusammenhang, dass die Rollenfigur zum Beispiel raucht, trinkt oder sexuell aktiv ist. Die Autoren versuchten herauszufinden, ob die Jugendlichen durch diese Rollenspiele in ihrer Entwicklung beeinträchtigt oder beeinflusst werden. Schließlich gehört man mit 13 bis 15 Jahren zu einer Altersgruppe, die besonders von der Entwicklung eigener Vorstellungen, sowie

körperlichen Veränderungen geprägt ist. Mögliche negative Auswirkungen wären unter anderem schlechte Stimmung, erhöhte Angst oder Aufregung, mehr Stress oder Kopie der Rollenfigur. Doch bei den Mädchen konnten keine negativen Auswirkungen ihrer Tätigkeit festgestellt werden, selbst wenn sie häufig risikobereite Schauspielpatienten darstellen sollten. Auch die befragten Eltern bewerteten die Erfahrung als sehr positiv. Ihnen ist nicht aufgefallen, dass ihr Kind ein gesteigertes Interesse für risikobereites Verhalten zeigte. Im Gegenteil: nach der Aussage eines Elternteils hat sich die Entschlossenheit des Kindes, nicht zu rauchen und Drogen konsequent abzulehnen, verfestigt. Die Autoren der Studie betonten allerdings, dass bei der Auswahl der Schauspielpatienten darauf zu achten ist, ob die Personen selbst oder ihr familiärer Kreis Erfahrungen mit bestimmten Krankheitsbildern haben, die sie belasten könnten. Des Weiteren ist es ratsam, den Schauspielpatienten dabei zu helfen, wieder aus der Rolle zu finden. Neben dem „Ausrollen“ kommt auch der Nachbesprechung der Einsätze eine große Bedeutung zu. Es ist wichtig, dass besonders jungen Simulationspatienten die Möglichkeit gegeben wird, von ihren Erlebnissen zu berichten (Blake, 2006).

Eine Studie von Nancy McNaughton und ihren Kollegen an der University of Toronto (Kanada) hat sich gezielt mit den Folgen der Darstellung psychiatrischer Rollenfiguren beschäftigt (McNaughton, 1999). Von den teilnehmenden Schauspielpatienten wurde die Rolle eines Demenzpatienten und die eines manischen Patienten als besonders schwierig empfunden. Die leichteste Darstellung im Rahmen psychiatrischer Krankheitsbilder war, die Eltern eines schizophrenen Kindes zu spielen. Bei den Schauspielpatienten fand man in Folge ihrer Tätigkeit mehrere physische und psychische Effekte, wie Erschöpfung, Kopfschmerzen, psychologische Irritationen und Schlafstörungen. Diese negativen Auswirkungen hielten in der Regel etwa 24 Stunden an. Die Simulationspatienten kamen einstimmig zu der Ansicht, dass psychiatrische Rollen anstrengender sind als nicht psychiatrische Rollen. Dennoch zeigte sich unter allen Teilnehmern eine starke Motivation, die Arbeit des Simulationspatienten auszuüben. Gründe hierfür seien einerseits die Bezahlung, andererseits aber auch das Gefühl, einen wertvollen Beitrag für die medizinische Ausbildung und die gesamte Gesellschaft zu leisten. Des Weiteren empfanden es viele als positiv, andere Schauspielpatienten kennen zu lernen und die eigenen schauspielerischen Fähigkeiten zu verbessern. Die Autoren der Studie merkten dabei an, dass die Schauspielpatienten bei der Darstellung emotional intensiver Rollen besonders unterstützt werden sollten (McNaughton, 1999).

Die Thematik „Wie geht es den Schauspielpatienten bei der Simulation von Erkrankungen“ bedarf gerade im deutschsprachigen Raum mehr Aufmerksamkeit.

An der medizinischen Fakultät der Universität Göttingen wurde sich mit der Frage beschäftigt, wie Simulationspatienten die Relevanz des Kommunikationsunterrichts beurteilen (Lorkowski, 2011). Der Autor gab in seinen Schlussfolgerungen zu bedenken, dass keine Aussagen zu den Erfahrungen von Schauspielpatienten anderer Orte gemacht werden können und wie notwendig weitere Untersuchungen dazu wären.

An der Universitätsklinik Tübingen wurde untersucht, wie belastend die Tätigkeit als Simulationspatient in einer medizinischen Prüfung empfunden wird (Schrauth, 2005b). Auffallend war, dass die Teilnehmer vor allem über körperliche, weniger über psychische Belastung berichteten. Unangemessene Untersuchungstechniken der Studenten wirkten dabei belastend auf die Schauspielpatienten. Der Schwerpunkt der Prüfungen lag aber vor allem auf somatischen Aspekten. Die Autoren schlussfolgerten, dass über Effekte von komplexeren psychosomatischen Rollen keine Aussagen gemacht werden können und weitere Untersuchungen folgen müssen.

4 Zielstellung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Tätigkeit der Schauspielpatienten im Bereich der medizinischen Aus- und Weiterbildung an der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Die Fragestellungen gliedern sich in fünf unterschiedliche Themenbereiche.

4.1 Aufmerksamkeit auf das SP- Projekt und Motivation zur Teilnahme

Ziel des ersten Schwerpunktes ist die Frage, wodurch man auf das Projekt aufmerksam wurde und was die Motivation war, daran teilzunehmen. Die Ergebnisse der Untersuchung können für die zukünftige Rekrutierung der Schauspielpatienten hilfreiche Hinweise geben.

4.2 Einfluss der Tätigkeit als SP auf die Arzt-Patient-Beziehungen in der Realität

Des Weiteren wird der Frage nachgegangen, welche Auswirkungen die Tätigkeit als Schauspielpatient auf zwischenmenschliche Beziehungen im Alltag hat. Dabei wird die Arzt-Patient-Beziehung betrachtet. Was ist den Schauspielpatienten beim Arztbesuch wichtig? Wie weit möchten sie in Behandlungsentscheidungen einbezogen werden? Haben sich die Beziehung und der Umgang mit Ärzten seit Beginn der Tätigkeit verändert? Als Beitrag zur Stärkung der vertrauensvollen Beziehung zwischen Medizinern und Patienten wäre es hilfreich zu wissen, was praktizierende Ärzte im Umgang mit Patienten verbessern könnten. Wo liegen Defizite? Was kann getan werden, um diese zu beheben?

Gerade Schauspielpatienten stellen bezüglich der Klärung dieser Fragen eine wichtige Hilfe dar, ihr Potenzial (Wissen und Kompetenzen) muss erkannt und genutzt werden. In Folge ihrer Tätigkeit in der medizinischen Aus- und Weiterbildung, sowie ihrer eigenen Arztbesuche in der Realität haben sie viel Erfahrung beim Gespräch mit Medizinern. Mitunter werden Schauspielpatienten als „Goldstandard in der Qualitätskontrolle“ betrachtet, da mit ihrer Hilfe eine Überprüfung leitliniengerechter Verhaltensweisen realisiert werden kann (Simmenroth-Nayda, 2007). Einerseits richtet sich das Forschungsinteresse auf die genannten Aspekte, andererseits können genauere Kenntnisse über die Thematik zu einem persönlichen Gewinn für Medizinstudenten im Rahmen ihrer Ausbildung werden. Da an der FSU Jena auch Medizinstudenten als Schauspielpatienten arbeiten und an der Umfrage beteiligt sind, soll daher gezielt erfragt werden, welche Bedeutung das Wahlfach (Medizinstudenten als Schauspielpatienten) für deren Entwicklung hat. Die Idee, auch Medizinstudenten bei der Datenerhebung zu beachten, wurde durch folgende Aussage einer 24- jährigen Studierenden bestärkt: „ *Durch das SP- und Feedback- Training und durch die Einsätze als SP habe ich*

mehr über mich, meine zukünftige Rolle als Ärztin, über Patienten und über Kommunikation gelernt, als in den vergangenen 5 Jahren Medizinstudium“ (Philipp, 2011)

Im Feedbacktraining üben die Schauspielpatienten ständig, die Wirkung der Kommunikation und des Verhaltens ihres Gegenübers zu reflektieren (Bokken, 2009). Daraus ergeben sich weitere Fragestellungen, die in dieser Arbeit geklärt werden sollen: haben Schauspielpatienten das Feedbackgeben schon bei ihren eigenen Ärzten angewendet? Neigen Simulationspatienten in Konfliktsituationen, egal ob beruflich oder privat, häufiger zu Perspektivenwechsel seit Beginn ihrer Tätigkeit?

4.3 Einfluss der Tätigkeit als SP auf die Beziehungen zum persönlichen Umfeld

Dieser Themenkomplex bezieht sich erneut auf zwischenmenschliche Beziehungen, doch nun im persönlichen Umfeld. Es geht darum, ob den Probanden seit der Tätigkeit als SP Veränderungen im Umgang mit Familienangehörigen oder Freunden aufgefallen sind oder ob sie von ihrem Umfeld auf Veränderungen angesprochen wurden.

4.4 Gibt es negative Effekte der Simulationen auf die SP?

Ein weiterer Schwerpunkt der Dissertation ist die Frage, ob negative Effekte der Simulationen auf die Schauspielpatienten existieren (Bokken, 2006). Für den Fall, dass es nachteilige Auswirkungen gibt, wäre es bedeutsam zu erfahren, wie sich diese dargestellt haben, wann und wie lange sie aufgetreten sind und welche Strategien die Schauspielpatienten besitzen, um diese zu bewältigen oder zu vermeiden. Wenn man mögliche nachteilige Auswirkungen der Tätigkeit kennt, kann man bereits in der Rekrutierung, Ausbildung und Supervision der Schauspielpatienten präventiv dagegen vorgehen.

4.5 Einsatz von Schauspielpatienten in Prüfungssituationen

Simulationspatienten werden nicht mehr nur in Lernsituationen, wie einem Seminar, sondern auch bei Prüfungen, wie dem OSCE (Objective Structured Clinical Evaluation), eingesetzt (Schrauth, 2005a). Da die praktischen Prüfungsformen immer mehr Bedeutung im Studium der Humanmedizin gewinnen, ist es sinnvoll, diesen Aspekt in die Datenerhebung mit einzubeziehen. Im Februar 2013 findet ein OSCE an der FSU Jena statt, an welchem sich erstmals alle Medizinstudierenden des 7. Fachsemesters beteiligen müssen. In den vorherigen Jahren erfolgte die Teilnahme freiwillig. Die praktische Prüfung wird in den Fächern Psychosomatik, Psychiatrie und Neurologie durchgeführt. Es ist geplant, die beteiligten Schauspielpatienten bezüglich der gemachten Erfahrungen zu befragen, sowie den Einsatz als Simulationspatient in einer Lernsituation mit dem einer Prüfungssituation zu vergleichen.

5 Methoden

In diesem Kapitel wird dargelegt, welche Methoden angewendet wurden, um die Daten für diese Dissertation zu erheben.

5.1 Anwendung qualitativer oder quantitativer Verfahren?

Da nach der Literaturrecherche kaum Studien bekannt sind, die sich mit der Thematik des Wohlbefindens der Schauspielpatienten (SP) befassen, kann auch nicht von vielen Forschungsarbeiten und deren methodischen Herangehen berichtet werden (Boerjan, 2008, Lorkowski, 2011). Des Weiteren ist zu beachten, dass die für die Untersuchung verfügbare Gesamtstichprobe sehr klein ausfällt, da die Anzahl der SP an der Friedrich-Schiller-Universität Jena begrenzt ist. Ziel dieser Arbeit sollte es demnach nicht sein, repräsentative Ergebnisse zu erzielen, sondern bisher unbekannte Sachverhalte zu entdecken. Aus diesem Grund fiel die Entscheidung für eine qualitative Datenerhebung und -auswertung. Es sollten Hypothesen gebildet werden, die es zunächst ermöglichen, den genannten Forschungsgegenstand und dessen Qualität zu verstehen (Mayring, 2002). In späteren nachfolgenden Untersuchungen ist eine quantitative Vorgehensweise denkbar.

5.2 Auswahl der Stichprobe

Um die Stichprobe festzulegen war es notwendig, genaue Ein- und Ausschlusskriterien zu definieren. Die Datenerhebung begann im November 2012. Daher sollten alle SP in die Untersuchungen einbezogen werden, die im Jahr 2011 und 2012 aktiv im Einsatz waren. Indem man den Zeitraum ab 2011 als Einschlusskriterium betrachtet, kann gewährleistet werden, dass die Erinnerung an die Erlebnisse als SP noch aktuell ist und nicht zu weit zurückliegt.

In den Jahren 2011 und 2012 waren insgesamt 26 SP am Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, sowie etwa 12 SP am Institut für Allgemeinmedizin im Rahmen der medizinischen Aus- und Weiterbildung aktiv. Da nicht alle SP der Weitergabe ihrer Kontaktdaten zustimmten, wurden letztlich 32 Personen in einem Anschreiben über das Studienvorhaben informiert und eingeladen, sich daran zu beteiligen (siehe auch Kapitel 7.3.2).

Im Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie erklärten sich 12 Schauspielpatienten bereit, an der Studie teilzunehmen. Im Institut für Allgemeinmedizin zeigten 4 Schauspielpatienten Interesse am Projekt.

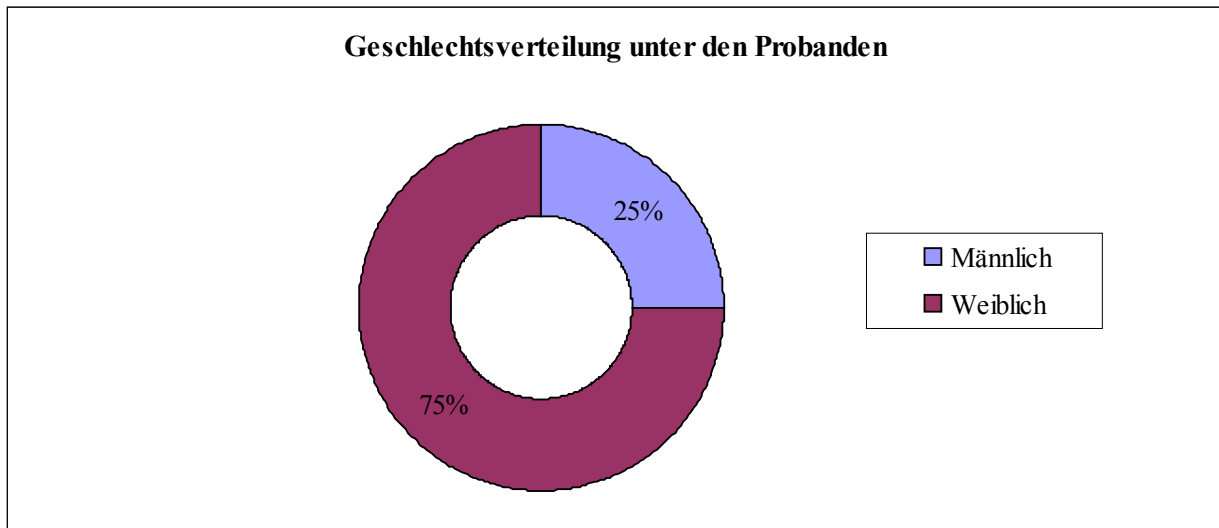


Abb.1: Geschlechtsverteilung unter den Probanden

Wie in dem Ringdiagramm in Abb.1 dargestellt, waren 75 % der Probanden (12) weiblichen Geschlechts, 25 % der Probanden (4) männlichen Geschlechts.

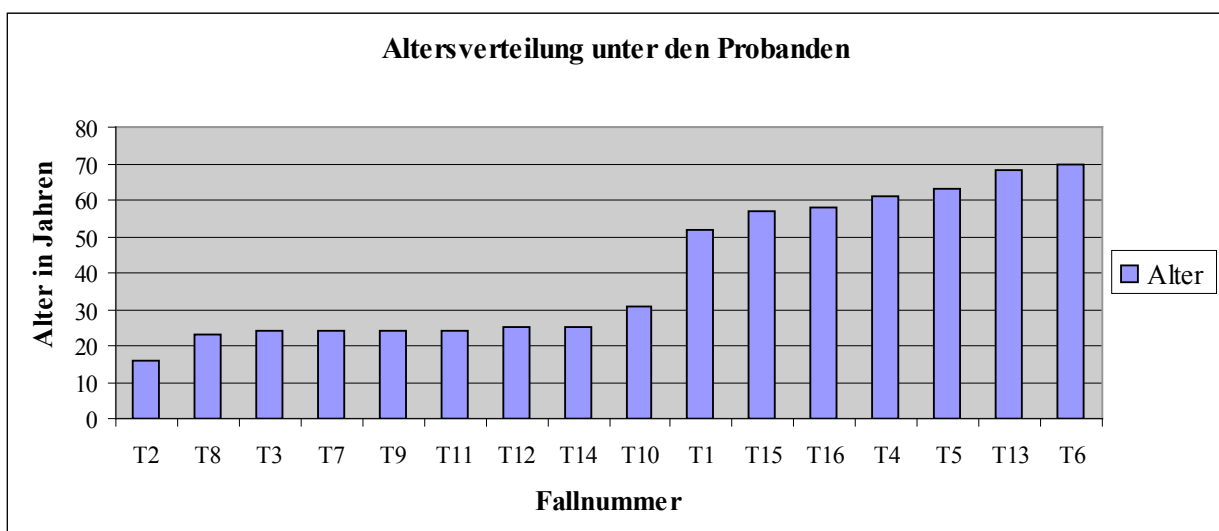


Abb.2: Altersverteilung unter den Probanden

Wie anhand des Säulendiagramms in Abb.2 erkennbar ist, bestand die Stichprobe aus zwei Altersgruppen. Neun Teilnehmer gehörten zu der jüngeren Altersgruppe zwischen 16 und 31 Jahren. Sieben Probanden konnten zur älteren Gruppe zwischen 52 und 70 Jahren gezählt werden. Keiner der Befragten lag in der Altersgruppe zwischen 32 und 51 Jahren. Der errechnete Mittelwert des Datensatzes liegt bei etwa 40,3 Jahren bei einer Standardabweichung von ca. 19,7. Der Median liegt bei 28 Jahren.

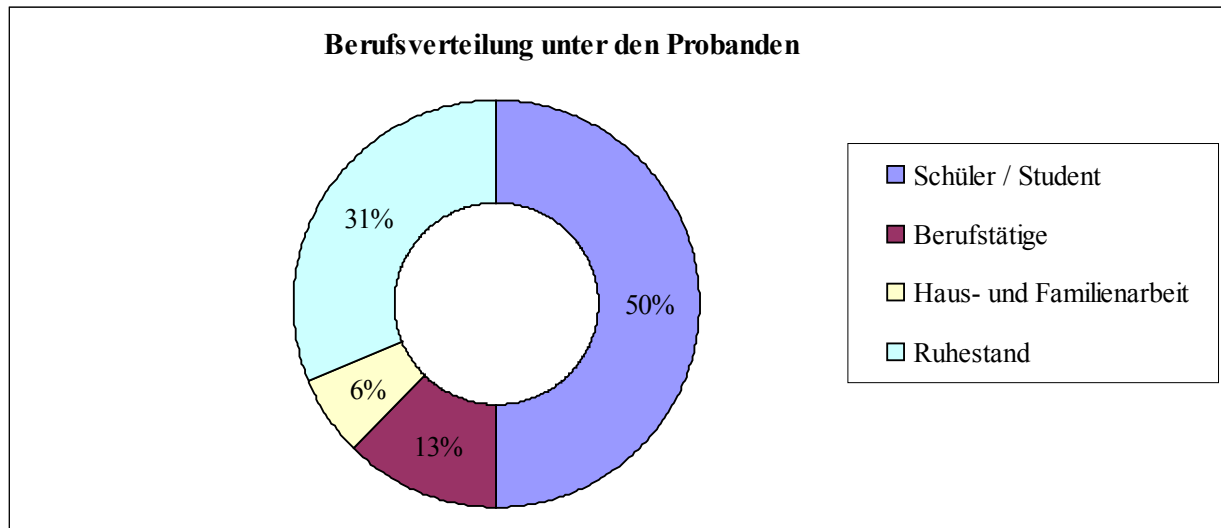


Abb.3: Berufsverteilung unter den Probanden

Wie in dem Ringdiagramm in Abb.3 dargestellt, konnte man hinsichtlich der Berufsverteilung der Probanden vier Gruppen unterscheiden. Am stärksten waren dabei mit 50 % die Schöler und Studenten vertreten, also diejenigen, die sich noch in der Ausbildung befanden. Dies ist vor allem auf das Wahlfach „Medizinstudierende als Schauspielpatienten“ zurückzuführen, welches seit dem Sommersemester 2010 im klinischen Studienabschnitt an der medizinischen Fakultät der FSU Jena angeboten wird (Philipp, 2011). Die zweite große Gruppe bildeten mit 31 % die Probanden im Ruhestand. Zusätzlich zählten zwei Berufstätige und eine Hausfrau zu den Befragten.

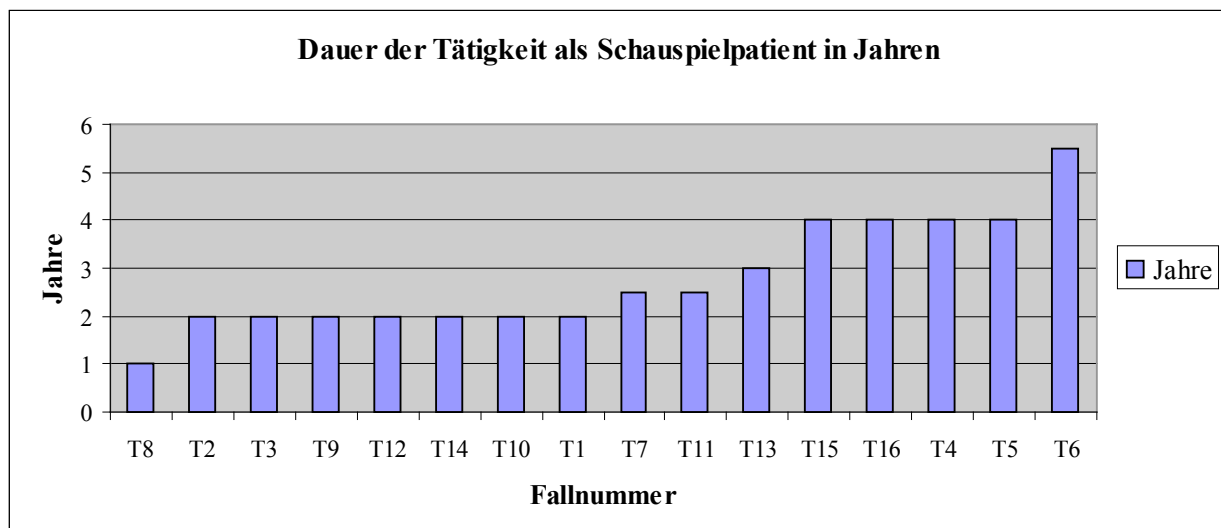


Abb.4: Dauer der Tätigkeit als Schauspielpatient in Jahren

Wie in dem Säulendiagramm in Abb.4 erkennbar ist, waren die Probanden zum Zeitpunkt der Befragung mindestens 1 Jahr, maximal 5,5 Jahre als Schauspielpatient tätig. Der Mittelwert des Datensatzes beträgt etwa 2,8 Jahre bei einer Standardabweichung von ca. 1,2. Der Median liegt bei 2,25 Jahren.

5.3 Beachtung ethischer und datenschutzrechtlicher Richtlinien

Zur Einhaltung der ethischen und datenschutzrechtlichen Bedingungen wurde das geplante Studienvorhaben der Ethikkommission der FSU Jena vorgelegt. Am 22. Oktober 2012 erfolgte deren Zustimmung.

Die SP wurden ab November 2012 schriftlich über die Studie informiert und zur Teilnahme eingeladen (Anschreiben im Anhang). Die Kontaktdaten der SP stammten von Dr. phil. Swetlana Philipp, Diplom-Psychologin am Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena, sowie von Dipl.-Psych. Katja Brenk-Franz, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena. Beide sind als Ausbilderinnen im SP-Programm der FSU Jena involviert.

Jeder SP, der in die Datenerhebung integriert wurde, unterzeichnete eine Einverständniserklärung (siehe Anhang). Die Studienteilnahme war freiwillig. Die SP informierte man darüber, dass sie ihre Einverständniserklärung jederzeit und ohne Angabe von Gründen zurückziehen können.

Bei der Datenerhebung und der Datenauswertung wurden statt der Namen der Probanden Abkürzungen (wie TN1, TN2, etc.) verwendet, um die Einhaltung der Anonymität zu gewährleisten. Die gewonnenen Daten dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken und werden unter keinen Umständen an Dritte weitergegeben.

5.4 Datenerhebung in Form von halbstandardisierten Interviews

Die Erhebung der Daten erfolgte in Form von Interviews, in denen die Schauspielpatienten selbst zur Sprache kamen und möglichst uneingeschränkt von ihren Erfahrungen berichten sollten. Diese Vorgehensweise entspricht der qualitativen Forschung, in welcher das Gespräch von großer Bedeutung ist (Mayring, 2002).

Es existieren verschiedene qualitative Interviewtechniken, die sich durch unterschiedliche Merkmale auszeichnen. Im offenen Interview sind die Probanden zum Beispiel aktiver in das Gespräch involviert als beim strukturierten bzw. standardisierten Interview, das einem festgelegten Fragenkatalog folgt (Aghamanoukjan, 2009). Für die geplante Untersuchung eignete sich am ehesten eine Kombination beider Methoden in Form des halbstandardisierten Interviews. Zum einen sollte der Anteil offener Fragestellungen im Gespräch überwiegen,

andererseits wollte man eine gewisse Vergleichbarkeit der Ergebnisse ermöglichen, was mit der Erstellung eines Interviewleitfadens realisiert werden konnte (Hopf, 1991).

Dieser enthält folgende Themenbereiche:

- Was motiviert dazu, als SP tätig zu werden?
- Welchen persönlichen Nutzen oder Gewinn kann man aus der Tätigkeit ziehen?
- Welchen Einfluss hat die Tätigkeit als SP auf die Arztbeziehungen in der Realität?
- Welchen Einfluss hat die Tätigkeit als SP auf die Beziehungen zum persönlichen Umfeld?
- Gibt es negative Effekte der Simulationen auf die SP?

Der vollständige Interviewleitfaden ist im Anhang zu finden.

Das erste Interview wurde am 04. Dezember 2012 geführt, das letzte Gespräch erfolgte am 04. April 2013. Damit dauerte die Erhebung der Daten vier Monate. Sie umfasste das Führen der Interviews, die Aufnahme derer mit einem Diktiergerät, sowie die Transkription der Aufzeichnungen. Bei der Transkription (lat. „trans-scribere“- umschreiben) wurden die aufgenommenen Tondaten (Sekundärdaten) in Textdaten (Tertiärdaten) umgewandelt (Höld, 2009).

Um die Grundlage für eine ausführliche Auswertung des Materials zu schaffen, transkribierte man das Gesprochene wörtlich (Höld, 2009). Um das Lesen und das Verstehen der Interviews zu vereinfachen, kam es zur Übertragung des Gesagten in normales Schriftdeutsch. Dialekt- und andere Sprachfärbungen wurden nicht übernommen. Man verwendete kein Internationales Phonetisches Alphabet (IPA) und keine literarische Umschrift. Es erfolgte die Verbesserung von Satzbaufehlern. Diese Form der Protokolltechnik eignete sich hier besonders, da die Probanden als Informanten oder Experten auf ihrem Gebiet fungierten und der Inhalt des Gespräches im Vordergrund stand (Mayring, 2002, Höld, 2009).

Auf die Verwendung einer Spracherkennungssoftware verzichtete man bei der Transkription, da die automatische Erstellung der Textdaten bei mehreren Gesprächsteilnehmern noch nicht möglich ist. Dies funktioniert nur, wenn die Software auf die Stimme des Sprechers trainiert wurde (Aghamanoukjan, 2009, Höld, 2009). Die manuelle Transkription führte jedoch zu einer intensiven Beschäftigung mit den erhobenen Daten, was für die nachfolgende Datenauswertung

von Vorteil war und daher durchaus auch bei Weiterentwicklung der Spracherkennungssoftware empfehlenswert ist.

5.5 Was ist eine qualitative Inhaltsanalyse?

Die Inhaltsanalyse ist eine Methode, die sich Anfang des 20. Jahrhunderts in den USA zur systematischen Auswertung großer Textmengen entwickelt hat. Ein solches Verfahren war notwendig, da neue Kommunikationsmittel (Presse und Rundfunk) immer bedeutender wurden, wodurch sich auch die Menge an vermittelten Informationen stark vergrößerte. Zu Beginn erfolgte die Analyse quantitativ, zum Beispiel durch Beachtung von Wort- und Themenhäufigkeiten in Texten (Mayring, 2009). Mitte des 20. Jahrhunderts kam zunehmend Kritik an der Anwendung rein quantitativer Verfahren auf, da der unterschwellige Inhalt dabei oft unbeachtet blieb. In der Folge entwickelten sich nun auch qualitative Verfahren, die vermehrt Anwendung fanden (Mayring, 2009).

Dr. Philipp Mayring, Professor für Psychologische Methodenlehre und Leiter des Zentrums für Evaluation und Forschungsberatung der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, beschäftigte sich mit Techniken der systematischen Textanalyse, adaptierte diese und entwickelte sie weiter. Er gilt als Mitbegründer der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2010).

Bei der Anwendung dieser qualitativen Methode bleiben einige grundlegende Bestandteile der quantitativen Auswertung nahezu unverändert bestehen (Mayring, 2009):

1. Das Material muss zunächst in ein Kommunikationsmodell (Stichprobe beschreiben, Informationen zum Kontext geben) eingeordnet werden.
2. Außerdem müssen Kategorien bzw. Kategoriensysteme entstehen.
3. Die Durchführung der Analyse sollte systematisch, regel- und theoriegeleitet erfolgen. Es darf nicht zu einer „freien“ Interpretation kommen.
4. Weiterhin ist es notwendig, die Ergebnisse mit Hilfe von inhaltsanalytischen Gütekriterien zu kontrollieren.

Mayring verweist auch auf die Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität für die qualitative Forschung (Mayring, 2009). Um die Objektivität der Inhaltsanalyse zu gewährleisten, müssen die Kodierungen von mindestens zwei Untersuchern übereinstimmen. Die Überprüfung der Reliabilität sieht vor, dass der Untersucher nach Beendigung der Analyse Teile des Materials erneut bearbeitet und dabei die Kodierungen mit den ursprünglichen

vergleicht. Um die Validität zu erfüllen ist es wichtig, dass sich die Entwicklung der Kategoriesysteme an der Theorie orientiert (Mayring, 2009).

5.6 Datenauswertung mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring

Im April 2013 begann die Auswertung der gewonnenen Daten durch Anwendung der „zusammenfassenden Inhaltsanalyse“ von Mayring (Mayring, 2010). Hierbei wurde auf spezielle Programme für qualitative Inhaltsanalysen, wie ATLAS/ti („Archiv für Technik, Lebenswelt und Alltagssprache“), bewusst verzichtet (Mayring, 2002). Ohne Hilfsmittel ist zwangsläufig eine intensivere Beschäftigung mit den Daten notwendig. Auch Mayring rät zu einer „manuellen Vorgehensweise“, wenn das zu bearbeitende Material weniger umfangreich ist (Mayring, 2009).

Die Auswertung der Textmaterialien und die Bildung des Kategoriensystems wurden mit einem Textverarbeitungsprogramm durchgeführt (Microsoft Word), später kam es zur Datenübertragung in ein Tabellenkalkulationsprogramm (Microsoft Excel), um eine übersichtlichere Darstellung zu ermöglichen.

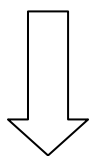
Beim Lesen des transkribierten Textes konnten nun alle relevanten Aussagen (sogenannte Analyseeinheiten) markiert und gesammelt werden. Anschließend wurden die ausgewählten Textstellen paraphrasiert und reduziert. Es war möglich, eine erste Reduktion vorzunehmen, indem Paraphrasen, die die gleiche Bedeutung hatten, gestrichen wurden. Bei einer nachfolgenden zweiten Reduktion erfolgte das Zusammenfassen von Paraphrasen, die von zentraler Relevanz waren (Philipp, 2003). Diese bedeutungsvollen Textstellen konnten nun auch bestimmten Themen oder Fragestellungen zugeordnet werden, zum Beispiel „Wie wurde man auf das SP-Programm aufmerksam?“. Aus der Fragestellung leitete man dann die Definition der Kategorie ab.

Wenn man anschließend das Material einer Kategorie betrachtete und analysierte, erkannte man in der Regel weitere Themen, die sich innerhalb dieser Kategorie wiederholten. Bei der Frage „Wie wurde man auf das SP-Programm aufmerksam?“ gaben zum Beispiel einige Probanden an, dass ein Zeitungsartikel zu dem Thema ihre Aufmerksamkeit erregt hat. Diese Aussage konnte dann erneut zu einer Kategorie zusammengefasst werden. Im Ergebnis entstand eine Zusammenstellung von Kategorien passend zu einem Thema und belegt mit spezifischen Textstellen, den Ankerbeispielen (Mayring, 2002).

Beispiel:

Kategorie „Aufmerksamkeit“

Definition der Kategorie: Hier geht es darum, herauszufinden, wie die Probanden auf das SP-Programm aufmerksam wurden.



Unterkategorie „Zeitungsartikel“

Definition der Kategorie: Diese Kategorie umfasst alle Aussagen, in denen geäußert wurde, durch Printmedien auf das Programm aufmerksam geworden zu sein.

Tabelle 1: Beispiel für die Kategorienbildung

Fallnr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion	Ankerbeispiele
T5	auf Zeitungsartikel gemeldet	Aufmerksamkeit über Printmedien	Lesen eines Zeitungsartikel	T5: Gemeldet habe ich mich 2008, da bin ich eine der ersten gewesen, die sich auf den Artikel, der in der Zeitung stand, gemeldet hat [...]
T13	im Klinikjournal gelesen	Aufmerksamkeit über Printmedien	Lesen des Klinikjournals	T13: Und dann las ich das irgendwann im Klinikjournal und dann dachte ich, das wäre was, wo ich gerne mitmachen würde, [...]
T15	Zeitungsanzeige gelesen	Aufmerksamkeit über Printmedien	Lesen einer Zeitungsanzeige	T15: Ich habe eine Zeitungsanzeige gelesen, die hat mich sehr interessiert.
T16	durch Annonce in der Zeitung	Aufmerksamkeit über Printmedien	Lesen einer Zeitungsannonce	T16: Durch eine ganz kleine, süße Annonce in der Zeitung in der Wochenendbeilage. Und das hat mich interessiert, weil es so gut aufgemacht war [...]

In der Tabelle wurden die Arbeitsschritte „erste und zweite Reduktion“ zusammengefasst, damit es zu einer übersichtlicheren Darstellung kommt.

Als keine neuen Kategorien mehr definiert werden konnten, überprüfte man, ob Überlappungen im System existieren, also ob sich zum Beispiel ein Ankerbeispiel mehreren Kategorien zuordnen lässt, was jedoch nicht zu traf. Diese Kontrolle durch den Autor war notwendig, um die Intracoder-Reliabilität zu gewährleisten. Anschließend erfolgte die kommunikative Validierung des bestehenden Kategoriensystems (Intercoder-Reliabilität). Hierbei wurde erneut kontrolliert, ob die Kategorienbildung und die Zuordnung der Ankerbeispiele eindeutig, logisch und nachvollziehbar sind. Die Definition der Kategorie muss zur eigentlichen Fragestellung passen (Mayring, 2002).

Die beschriebene Überprüfung führte eine Arbeitsgruppe bestehend aus fünf Personen am 03. September 2013 durch. Hierbei sollten bestimmte Ankerbeispiele vorgegebenen Kategorien zugeordnet werden. Wenn die Mehrheit (3 Personen) die Zuordnung identisch vorgenommen hatte, so musste die Kategorie nicht verändert werden. Bei unterschiedlicher Einordnung bzw. sonstigen Unklarheiten war eine Überarbeitung des Systems notwendig.

In Folge der Ergebnisse der kommunikativen Validierung kam es bis Ende Oktober 2013 zu einer Korrektur der Kategorien.

Anschließend wurde mit der Niederschrift der Dissertation begonnen.

6 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der halbstandardisierten Interviews dargelegt. Die Gliederung richtet sich hierbei nach den Zielstellungen der Arbeit.

6.1 Allgemeine Aspekte

6.1.1 Beschreibung der Tätigkeit „Schauspielpatient“ aus Sicht der Studienteilnehmer

Die Probanden sollten zunächst ihre Arbeit als Schauspielpatient (SP) beschreiben. Die Befragten erklärten daraufhin, was dieser Begriff bedeutet und was die Tätigkeit ausmacht. Ein/eine SP schilderte besonders detailliert, was man sich unter dieser Arbeit vorstellen kann:

T7: Es ist so, dass wir eine Art Rollenbeschreibung zusammen erarbeiten, meistens mit Frau [...] und weiteren Teilnehmern. Dabei wird ein großes Hauptthema dem Gespräch aufgesetzt, wenn es zum Beispiel um ein patientenzentriertes Gespräch geht, wird eine Rolle dafür konzipiert. Man studiert die dann ein, übt die Rolle auch und dann geht man zum Beispiel in das dritte Semester und simuliert die Situation, dass man selbst Patient ist und der Student gegenüber den Arzt spielt. Dann wird geschaut, wie das Kommunikationsverhältnis ist, wie empathisch oder nicht empathisch der Arzt das Gespräch führt, wie gut die Anamnese war, welche Fakten erhoben wurden. Und man feedbacked sich dann gegenseitig [...]

Ziel dieser Frage war es, einen Einstieg in die Thematik zu finden und gleichzeitig Informationen über die Sichtweise der Schauspielpatienten auf ihre Tätigkeit zu erhalten.

Ein/eine Proband/-in berichtete zum Beispiel offen von Schwierigkeiten bei der Entscheidung für ein zu spielendes Krankheitsbild:

T5: Ja, gut. Also Frau [...] hat uns Berufsgruppen beziehungsweise Krankheitsbilder geschildert und wir hatten die Aufgabe, uns da zu entscheiden. Mir ist es nicht ganz leicht gefallen, mich zu dem Krankheitsbild zu bekennen [...]. Ich wollte das eigentlich nicht. Aber letztendlich nach mehreren Gesprächen und Anfragen und auch im Freundeskreis noch mal Zusagen, hab ich mich dazu entschieden.

6.1.2 Aufmerksamkeit auf das Projekt und Motivation zur Teilnahme

Bei den nächsten Fragestellungen ging es darum, herauszufinden, wie die Probanden überhaupt von dem SP-Programm erfahren haben und was sie motiviert hat, hierbei mitzuwirken.

Fünf SP gaben an, von Dozenten oder Familienangehörigen von der Tätigkeit erfahren zu haben. Sechs befragte Medizinstudenten, die als SP arbeiteten, sind vorrangig über ein Wahlpflichtfach mit der Thematik in Berührung gekommen. Vier Probanden wurden über Medien, vor allem Zeitungsartikel, auf das Projekt aufmerksam.

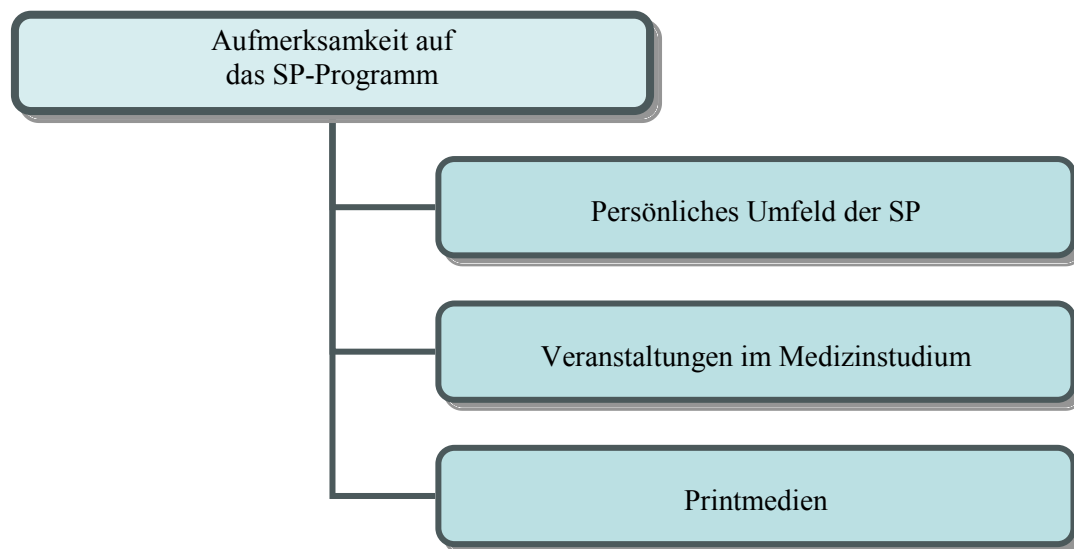


Abb.5: Gewinnung der Aufmerksamkeit der SP auf das Programm

Auf die Frage nach der Motivation zur Teilnahme an dem SP-Programm wurden vielfältige Antworten gegeben:

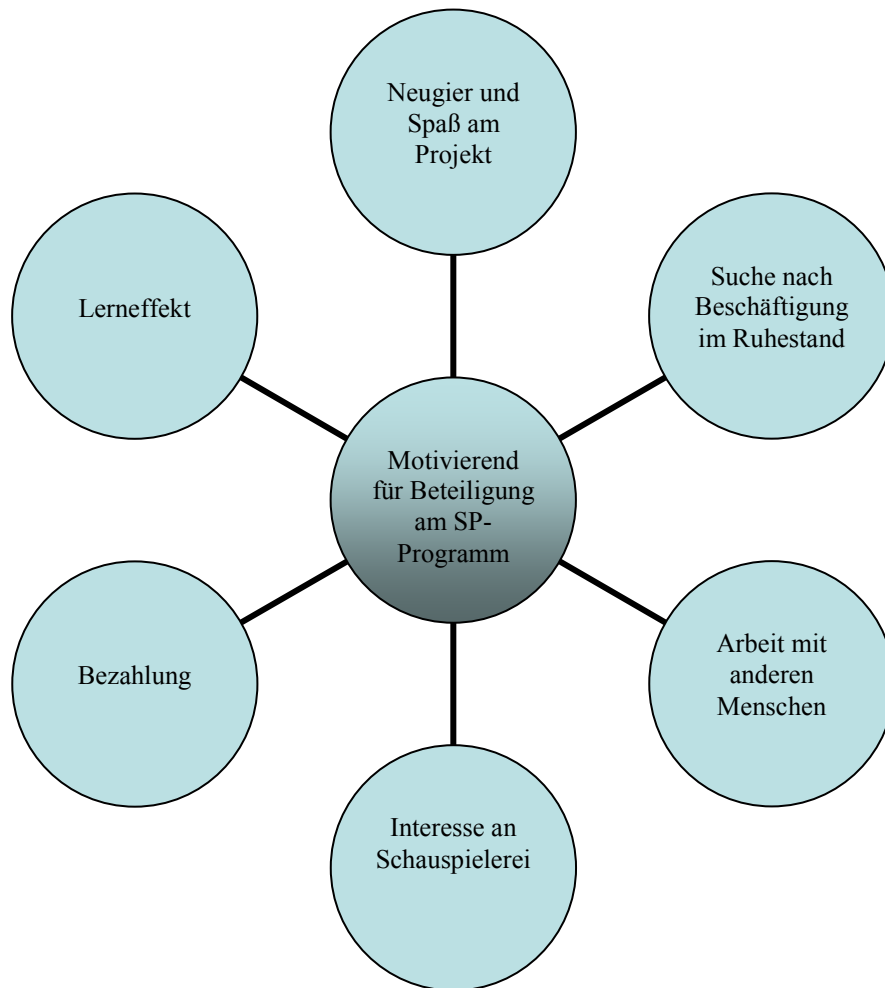


Abb.6: Motivation der SP für Beteiligung am SP-Programm

6.1.3 Anzahl der Einsätze und gespielten Rollen

Thema im Interview war auch die Anzahl der Einsätze als SP, um so einen Überblick über den Arbeitsumfang zu erhalten. Die Angaben hierzu variieren stark. 30 Einsätze als SP pro Jahr, also durchschnittlich 15 Einsätze pro Semester, wurden als Maximum genannt. Die Dauer eines Einsatzes lag bei 1 bis maximal 3 Stunden.

Bei der Anzahl der gespielten Rollen gab es erneut starke Unterschiede unter den Probanden. SP des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie wechselten häufig die Rollen, wodurch ein SP bis zu 9 unterschiedliche Rollenfiguren gespielt hat. SP des Instituts für Allgemeinmedizin haben dieselbe Rolle oft über einen längeren Zeitraum dargestellt, Rollenwechsel erfolgten seltener.

6.1.4 Die Rollenthemen

Die Rollenthemen waren unterschiedlich, im Interview wurde Folgendes genannt:

- Depression
- Übergewicht/ Lebensstiländerung
- Psychosomatischer Patient (Herzneurose)
- Zeuge eines psychogenen Anfalls
- Stress
- Vielredner/ Wenigredner
- Suchterkrankungen (Alkohol)
- Demenz
- Rollen im palliativen Kontext
 - ⇒ Angehörige palliativmedizinisch betreuter Patienten
 - ⇒ Patienten im Finalstadium unterschiedlicher Erkrankungen, wie Prostatakarzinom, Magenkarzinom
- Infektionen
 - ⇒ Magen- Darm- Erkrankungen
 - ⇒ Erkältungen
- Schwindel
- suizidaler Patient
- Sexualanamnese
 - ⇒ Dyspareunie
 - ⇒ erektile Dysfunktion
- Diabetes mellitus
- Schiefhals

Welche Rollenthemen leicht oder schwer fallen, ist subjektiv und abhängig vom Charakter des SP. Mehrere SP (Bsp. T12, T14) haben im Interview angegeben, dass sie Rollen als besonders leicht empfinden, die Freiraum für Improvisation lassen. Stark vorgegebene Rollenfiguren seien hingegen schwerer zu spielen und würden weniger Spaß machen:

T12: Also leicht sind Rollen, z.B. diese Suizidrolle, wo ich weiß, der Patient kann reagieren wie er möchte, es ist vollkommen unvorhersehbar. Von daher kann ich abwarten, wie reagiert der Arzt, wie geht er auf mich ein, ich kann stumm sein, ich kann mich voll und ganz auf ihn einlassen, das ist schön. [...] Also die freien Rollen gefallen mir besser [...]

Diese SP haben Freude daran, wenn ihnen bei der Darstellung der Rollenfigur ein großer Gestaltungsspielraum zur Verfügung steht und wenn sie in der Rolle vielfältig agieren können:

T14: [...] besonders gern mache ich die zahnmedizinische Anamnese, wo [...] ich auch ein bisschen Gestaltungsspielraum habe [...] das macht dann auch Spaß, wenn man da auch ein bisschen agieren kann [...]

Es gab aber auch Probanden, die gern einen passiven Patienten darstellen, der eher reagiert und weniger aktiv agiert, zum Beispiel beim Thema „einfache Anamneseerhebung“.

Von einem/einer SP (T1) wurde angegeben, dass jedes Rollenthema im Spiel leicht ist. Probleme bestünden eher im Nachgang, wenn man sich von der Rollenfigur wieder distanzieren muss.

Schwierigkeiten bereiten auch Rollenfiguren, die dem eigenen Leben der SP zu nah sind. Dies wurde in den folgenden Aussagen der Probanden besonders deutlich:

T1: [...] so im Nachgang habe ich gemerkt, dass mit der Depression ist schon so etwas, wo ich auch ein bisschen aufpassen muss, dass das nicht zu nah an mich ran kommt.

T6: Am meisten kompliziert war die Letzte. Das Hauptthema war „Überbringung von schlechten Nachrichten“. Das ging ganz schön nah. Man darf sich natürlich dann nicht zu sehr rein versetzen, aber man muss das ja auch so spielen, [...] Man macht sich schon darüber einen Kopf. Konkret ging es um Prostatakrebs. [...] Das war die kritischste Geschichte. [...]

T5: [...] zum zweiten bin ich auch ein bisschen mit vorbelastet gewesen, weil mehrere Jahre mein Schwiegervater, der mit in unserem Haus gewohnt hat, Alzheimer krank war. Und ich dann so hautnah dieses ganze Krankheitsbild immer vor mir hatte. [...]

Des Weiteren gaben die SP im Gespräch an, dass Rollen schwer fallen, die sich stark vom eigenen Charakter unterscheiden:

T3: [...] Die Zurückhaltenderen fallen mir immer schwerer, weil ich einfach selber von der Person so bin, dass ich eher auf Leute zu gehe und rede und ich habe nicht so viel Hemmungen, behalte nicht viel für mich und da ist es schwer, einen Patienten zu spielen, der das tut.

Hierbei ist allerdings zu beachten, dass für die SP eine schwierige Rolle nicht automatisch mit weniger Spaß assoziiert sein muss. Die Darstellung der komplizierten Rollenfigur wird mitunter als besondere Herausforderung betrachtet, was die nachfolgende Aussage verdeutlicht:

T7: Schwer fällt es einem immer, wenn es Sachen sind, die mit einem selber nicht so viel zu tun haben. Die Mutterrolle finde ich immer schwieriger als andere Rollen, weil ich mich da ganz arg rein versetzen muss, weil ich selber keine Kinder habe und das dann auch nur bedingt nachvollziehen kann. Ich muss mich da irgendwie immer besonders konzentrieren und besonders rein finden. [...] Es ist einfach schwieriger, sich da rein zu versetzen sozusagen. Aber es ist eine Herausforderung und macht eigentlich auch Spaß.

Rollen, die dem eigenen Leben der SP ähneln, sind leichter zu spielen, da man hierbei auf eigene Erfahrungen zurückgreifen kann. Somit wirkt die Darstellung authentischer. Jedoch muss darauf geachtet werden, dass sich der SP nicht selbst spielt.

Der Einsatz von SP im palliativmedizinischen Kontext stellt ebenso eine besondere Herausforderung dar. Zum einen fällt es den Probanden hierbei schwer, das Rollenspiel authentisch zu gestalten (T7). Außerdem haben die palliativmedizinischen Themen auch Einfluss auf die Stimmungslage der SP, wie im folgenden Zitat erkennbar ist:

T8: [...] Wenn ich jetzt einfach selber einen schlechten Tag hinter mir hatte, dann ist es mir zwar leichter gefallen, in die palliativen Rollen rein zu kommen, aber ich musste mir dann auch immer stärker sagen „So, jetzt ist die Rolle vorbei. Jetzt bist du wieder diejenige, die du sonst auch bist.“

Man erkennt anhand der Aussage, dass das „Ausrollen“, also das Ablegen der Rolle, bei palliativmedizinischen Themen schwerer fällt.

Im Interview haben die Befragten außerdem angegeben, dass die Formulierung des Feedbacks problematisch ist (T10) und dass es gerade am Anfang der Tätigkeit schwierig sein kann, sich überhaupt auf die Simulation einzulassen (T16).

Auch bei der Darstellung tabuisierter Themen, wie der Sexualanamnese, können bei den SP Bedenken und Zweifel vorhanden sein, wie das folgende Zitat zeigt:

T11: [...] Die Sexualthematik [...] als wir das angesprochen haben, hab ich so gedacht „Was, das wird mir vielleicht unangenehm werden.“ und hatte da auch so meine Zweifel [...]

6.1.5 Feedbackgabe

Im Interview sprach man außerdem darüber, ob die SP bei der Feedbackgabe zwischen den Ansichten der eigenen Person und der möglichen Einstellung der Rollenfigur differenzieren.

Die Aussagen der Probanden sind unterschiedlich und lassen sich in zwei Gruppen untergliedern. Eine Gruppe hat angegeben, meistens keine Differenzierung vorzunehmen:

T4: Also ich trenne da nicht. Ich muss ehrlich sagen, wenn ich das erste Wort sage zu einer Rolle, dann bin ich in der Rolle und dann bin ich die auch noch beim Feedback. Ich trenne das nicht. Natürlich sagen wir „Ich als Schauspielpatient habe“, aber der Schauspielpatient ist ja keine zweite Person. Also für mich ist das eins, das ist meine Meinung [...]. Natürlich soll man nicht sagen „ich“, sondern „der Schauspielpatient“, aber [...] man sitzt nicht neben sich selber.

Der Großteil der Probanden versucht, das Feedback aus Sicht der Rollenfigur zu geben, unabhängig von den eigenen Einstellungen:

T8: In dem Moment, wo ich das Feedback gebe, gebe ich das komplett für die Rolle, komplett für den SP, da versuche ich bewusst mich vollkommen auszublenden und denke nur, wenn ich jetzt wirklich die Rolle bin, wie wirkt das dann auf mich- unabhängig von meinen eigenen Einstellungen und von meiner Grundhaltung.

Allerdings gelingt diese Trennung zwischen Rollenfigur und eigener Einstellung nicht immer:

T7: Also wenn ich ehrlich sein soll, glaube ich, schwimmt es manchmal. Also ich gebe mir immer ganz arg Mühe, dass ich als in der Rolle stehende Person mein Feedback gebe, das soll man ja auch. Trotzdem ist man ja körperlich und geistig nicht von der Person ganz getrennt, deswegen wird das immer einen subjektiven Einfluss [...] haben. Aber ich versuche schon, in der Formulierung darauf zu achten und zu sagen „In meiner Rolle als SP hätte mir besser gefallen, wenn das und das anders gelaufen wäre“. Da versuche ich schon, diese Distanz dann auch aufrecht zu erhalten.

6.1.6 Der Gewinn der Arbeit als SP

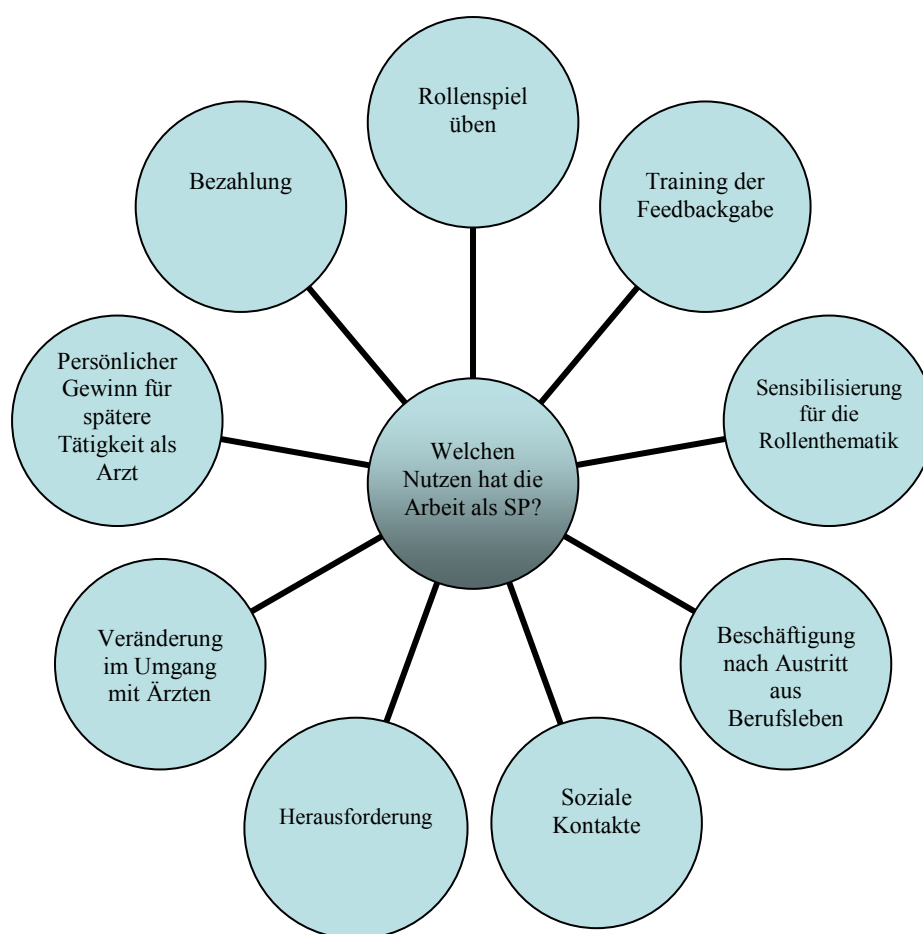


Abb.7: Der Nutzen der Arbeit als SP

Wie in dem Radialdiagramm erkennbar ist, sehen die Probanden in der Tätigkeit als SP einen vielfältigen Nutzen. Mehrfach wurde die Tätigkeit als besondere Herausforderung bezeichnet, da die Darstellung der Rolle vor einem größeren Publikum erfolgt (T1, T8) und da man den Verlauf, sowie den Ausgang des Gespräches nie abschätzen kann (T4).

Des Weiteren berichteten einige SP bei der Frage nach dem Gewinn dieser Tätigkeit von einem veränderten Umgang mit ihren Ärzten (nähere Informationen im Kapitel 6.2.3). Einerseits ist man als Patient aufmerksamer und registriert Kleinigkeiten, die vor der Tätigkeit als SP unbeachtet blieben. Andererseits wird auch häufiger die Perspektive gewechselt, die Probanden zeigen vermehrt Verständnis für Mediziner. Sie überlegen nun vor der Arztkonsultation genau, was sie sagen möchten, neigen zu einer präziseren Wortwahl und fassen sich insgesamt kürzer. Diese Aspekte werden in folgenden Zitaten besonders deutlich:

T6: [...] Ich habe ja etwa alle halbe Jahre mal einen Termin, so oft ist es nicht. Da versuche ich, mich kurz zu fassen und mich darauf zu konzentrieren, dass man die Zeit, die sie hat, effektiv nutzt. Für mich war das die Schlussfolgerung. [...] Man muss nicht gleich alles bei ihr ausbreiten und denken, dass sie für jede Sache auch gleich eine Lösung hat, sondern, dass man ihr das Wichtigste rüber bringt oder erfragt, das habe ich dabei für mich raus genommen.

T10: Also erstmal im Umgang mit Ärzten [...] es ist unglaublich, wie oft man dann irgendwelche Sachen beobachtet, man kriegt ein feines Auge und ein feines Gespür [...] Man guckt denen genau auf die Finger [...]. Man erkennt dann schon, wer etwas drauf hat und wer eine Pfeife ist. [...]

Die Medizinstudenten als SP profitieren auf besondere Art von der Tätigkeit. Nach Abschluss ihrer Ausbildung werden sie selbst als Ärzte tätig sein. Als SP lernen sie die Perspektive der Patienten genauer kennen, festigen die Anamneseerhebungen und erfahren, wie vielfältig die Möglichkeiten guter Arzt- Patient- Kommunikation sind. Dies wird durch folgende Aussagen bestätigt:

T14: Der persönliche Nutzen ist natürlich, dass ich da sehr viele verschiedene Reaktionen von den Studenten, die Ärzte spielen, mit erlebe und dann auch für mich merke, wie welche Formulierungen oder Bemerkungen beim Patienten ankommen. Besonders gelungene Formulierungen nehme ich dann auch mit und möchte die dann auch in meinem eigenen Patientengespräch mit einbringen. Und Verhaltensweisen, die eher negativ auffallen, die versuche ich dann auch erst recht zu vermeiden. Da ist es natürlich sehr hilfreich, wenn man sich in verschiedene Patientenrollen mal eingedacht hat. Denn jeder Patient ist verschieden. Wenn man mal einen depressiven Patienten gespielt hat, kann man dann auch besser auf den echten Patienten eingehen. Wenn man mal eher so einen aggressiven Patienten spielte, dann hat man auch eher eine Ahnung, wie man mit so einen umgehen könnte. [...]

T12: Also ich selber muss sagen, bin deutlich sicherer geworden in der Anamneseerhebung. Auch mit der Wortwahl gegenüber des Patienten, dass man nicht zu schnell redet, wie man sich hinsetzt, ob ich auf den Patienten zugehe, wie ich mich vorstelle allein schon, dass ich viele offene Fragen stelle, dass man wirklich mehr auf die Gefühle des Patienten eingeht, einfach um leichter das Vertrauen zu gewinnen [...]

6.2 Der Einfluss der SP- Tätigkeit auf die Arztbeziehungen in der Realität

6.2.1 Was ist den SP beim Arztbesuch wichtig?

Den Probanden ist es zum einen wichtig, als Patient ernst genommen zu werden. Sie wünschen sich einen Kontakt auf „Augenhöhe“, wie die folgende Aussage einer/ eines SP verdeutlicht:

T1: [...] dann ist mir wichtig [...] dass ich mich auch auf Augenhöhe fühle und ernst genommen werde mit meinen Nöten und Ängsten.

Die Studienteilnehmer gaben im Interview außerdem an, sich eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient zu wünschen. Wichtig für die Entstehung dieses Vertrauens ist aktives Zuhören des Arztes, Empathie, sowie ein gegenseitiges Verständnis. Beispielhaft hierfür ist das nachfolgende Zitat:

T2: Also was mir wichtig ist, ist natürlich, dass der Arzt mich versteht und ich mich gut mit ihm unterhalten kann, dass er mir zuhört, dass er mir Dinge so erklärt, dass ich das verstehe, dass nicht nur Fachbegriffe auf mich zu kommen, mit denen ich nichts anfangen kann. [...]

Außerdem legen die Befragten auch besonderen Wert auf die Begrüßung durch den Arzt. Sie achten darauf, wie sie in Empfang genommen werden. Gewünscht wird eine offene, freundliche, dem Patienten zugewandte Begrüßung. Der Patient soll das Gefühl haben, in der Praxis willkommen zu sein. Die Tätigkeit als SP ist hierbei von Bedeutung, wie man anhand der folgenden Aussage erkennen kann:

T5: [...] Aber seitdem ich in diesem Rollenspiel bin, achte ich natürlich darauf, wie werde ich in Empfang genommen, wie geht er auf mich ein, ist der Blick zugewandt, all diese Dinge, auf die ich im Rollenspiel zu achten habe, erlebe ich ja dann im Leben und da passe ich schon auf [...]

Die SP legen zusätzlich Wert darauf, den Arzt ohne Unterbrechungen von ihren Beschwerden berichten zu dürfen. Gewünscht werden vor allem offene Fragestellungen. Der Arzt sollte möglichst keine Suggestivfragen formulieren, in denen er bereits Antworten vorgibt:

T3: Und dann ist es mir wichtig, dass der Arzt mir die Antworten nicht vorgibt. Ich mag es gar nicht, wenn der Arzt dann so abfragt „Und Husten haben Sie auch, nicht?“ und dabei noch nickt und so, sondern mich erzählen lässt, was ich habe, weil ich die Probleme habe, ich werde am besten wissen, was los ist.

Der Mediziner soll sich vollkommen auf seinen Patienten und dessen Gesundheitszustand konzentrieren. Die SP betonten im Interview, im Mittelpunkt der ärztlichen Aufmerksamkeit stehen zu wollen:

T6:[...] Wichtig ist mir, dass sich die Ärztin auf mich konzentriert, dass es jetzt nur mich gibt, dass es um mich geht. [...]

Der Patient soll durch das eben beschriebene Verhalten des Arztes das Gefühl vermittelt bekommen, dass sich der Mediziner für ihn Zeit nimmt, selbst wenn es nur wenige Minuten sind. Den SP ist dabei bewusst, dass Ärzte in der Realität nur wenig Zeit zur Verfügung haben, anders als im Rollenspiel:

T11: [...] Und dass er zumindest so tut, als hätte er Zeit für mich. Ich weiß, dass Ärzte gestresst sind, aber ich möchte eigentlich schon, dass ein Arzt, solange ich im Raum bin [...] für mich Zeit hat [...]

Außerdem soll der Arzt im Gespräch mit seinem Patienten gezielt Nachfragen und eindeutige Aussagen machen (T12, T9). Dies verdeutlicht die Kompetenz des Mediziners.

Gewünscht wird auch (T16), dass beim Arztbesuch eine gewisse Ordnung und Struktur erkennbar ist.

Des Weiteren legt ein/eine SP (T15) Wert auf die Beachtung alternativer Heilmethoden in der ärztlichen Behandlung, ergänzend zur Schulmedizin.

6.2.2 Inwieweit möchten die SP in Behandlungsentscheidungen einbezogen werden?

Bei dieser Frage wurden den Probanden zunächst drei Modelle der Entscheidungsfindung (Paternalistisches Modell, Shared Decision Making, Konsumentenmodell) vorgestellt, anschließend sollten sie entscheiden, in welches Modell sie sich am ehesten einordnen würden.

Einige SP (T3, T6, T8, T9, T11) haben angegeben, ihrem Arzt die Entscheidung zu überlassen, da sie ihm vertrauen. Allerdings möchten die Vertreter des paternalistischen Modells vor der Entscheidung alle notwendigen Informationen erhalten, in der Aufklärung soll nichts vorenthalten werden:

T8: Ich möchte alle Informationen bekommen, würde mich aber in der Entscheidung selber sehr auf den Arzt verlassen. Ich möchte alles wissen, möchte die Vor- und die Nachteile, aber ich würde immer fragen, wie würden Sie das denn sehen und was würden Sie an meiner Stelle entscheiden? Ich würde mich dann da auch höchstwahrscheinlich danach richten.

Teilweise konnten sich die SP (T1, T5, T10, T12, T13, T16) nicht vollständig in ein Modell einordnen. Die Beteiligung in Behandlungsentscheidungen hängt mitunter vom Krankheitsbild ab. Wenn der Patient über die Erkrankung keine oder nur wenig Vorkenntnisse besitzt, wird dem Mediziner eher vertraut, es kommt eher zur Anwendung des paternalistischen Modells. Ist man jedoch über die Erkrankung informiert, will man selbst in unterschiedlichem Maß in die Therapieentscheidungen einbezogen werden. In diesem Fall wird also eher auf Shared Decision Making oder sogar auf das Konsumentenmodell zurück gegriffen.

T13: [...] es gibt Erkrankungen, wo man völlig außen vor ist und wo ich die Autorität und das Fachwissen des Arztes erwarte und mich darauf verlassen muss. [...]

Wenn der Therapieversuch des Arztes den Vorstellungen der Patienten in keiner Weise entspricht, dann neigen diese dazu, die Entscheidung selbst zu übernehmen, auch wenn sie sonst eher Vertreter anderer Beziehungsmodelle sind:

T12: [...] Klar, wenn ich jetzt die Wahl zwischen einem homöopathischen Mittel und einem Antibiotikum habe und jetzt der Meinung bin „Nein, Homöopathie ist gar nichts für mich“, dann entscheide ich für mich und dann ist mir das egal, was der Arzt sagt.

Mitunter ist auch die Facharztrichtung bedeutend bei der Beteiligung des Patienten in Behandlungsentscheidungen. Beim Allgemeinmediziner neigen die Befragten eher dazu, sich aktiv an der Entscheidungsfindung zu beteiligen als bei anderen Facharztrichtungen.

Ein Teil der Befragten (T2, T7, T14, T15) äußerte, das Shared Decision Making konsequent zu bevorzugen. Sie möchten immer gemeinsam mit ihrem Arzt eine Entscheidung treffen.

T14: Gerade jetzt, wo ich ja auch medizinisches Vorwissen habe, ist es für mich eine klare Bedingung einer ärztlichen Behandlung, dass ich da jetzt auch mit einbezogen werde. Ich würde mich da immer mit einbeziehen lassen.

Bei der Befragung gab es nur eine Aussage, die sich ausschließlich in das Konsumentenmodell einordnen lässt:

T4: [...] ich bin eher diejenige, die das selber entscheidet. Bei mir ist aber die Problematik dazu, dass es Ärzte in der Familie gibt, meine Schwester ist selber Ärztin, und ich glaube, ich würde sie immer fragen. Und wenn sie eine andere Meinung hat wie der Arzt, auch wie meine Hausärztin, dann würde ich eher zu meiner Schwester tendieren. Also ich glaube, ich bin da eher sehr selbst bestimmend, einfach berufsbedingt.

Die alleinige Entscheidungsfindung ist somit zurückzuführen auf die eigene berufliche Position, in der Entscheidungen gegebenenfalls eine große Rolle spielen (T4), sowie auch auf den Einfluss der medizinischen Experten in der eigenen Familie, die Art der Erkrankung (T13) und die Zufriedenheit mit dem Therapieversuch (T12).

6.2.3 Hat sich in Folge der Tätigkeit als SP die Beziehung oder das Verhalten gegenüber den eigenen Ärzten verändert?

Die Mehrheit der Probanden (15) berichtete, dass sich der Umgang mit den Mediziner*innen seit der Tätigkeit als SP auffallend verändert hat (siehe auch Kapitel 6.1.6). Folgende Aspekte werden immer wieder genannt:

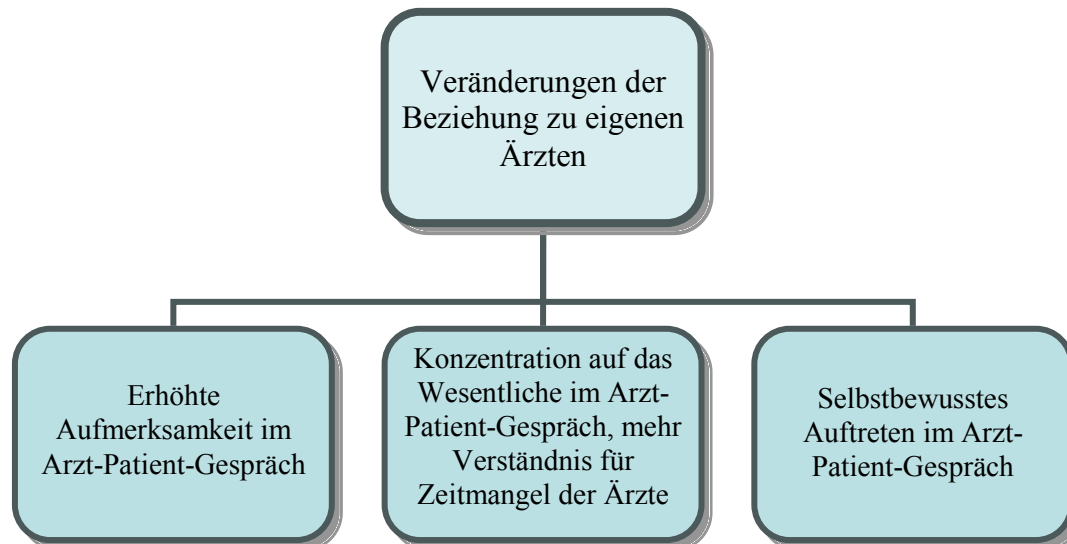


Abb.8: Der Einfluss der Tätigkeit als SP auf die Beziehung zu den eigenen Ärzten

Die Erfahrungen, die man als SP im Umgang mit dem medizinischen Fachpersonal sammelt, wurden in den Interviews von allen Beteiligten positiv bewertet. Die SP achten nun genauer auf Kommunikation und Verhaltensweise der Ärzte, da sie wissen, wie ein gelungenes Arzt-Patient-Gespräch abläuft:

T13: Vorher habe ich nicht so aufmerksam beobachtet. Aber ich denke, dass ich mit dem Hintergrundwissen und mit dieser Erfahrung, die ich da spielerisch machen durfte, dass das jetzt wirklich in mein Verhalten mit einfließt. Das ich in jedem Fall aufmerksamer wurde und auch Gestik, Mimik mehr beachte. [...]

Einige SP gaben auch an, Ärzte nun kritischer zu beobachten, was allerdings nicht als negativ empfunden wird:

T12: [...] ich muss sagen, ich beurteile sehr viele Ärzte, seitdem ich das mache und selber Feedback gebe. Auch sehr viel Negatives, eigentlich primär. Man achtet mehr auf die negativen Sachen als auf die positiven. So geht es mir.

Des Weiteren konzentrieren sich die SP nun mehr auf die wesentlichen Inhalte im Arzt-Patient-Gespräch, wie bereits im Kapitel 6.1.6 erwähnt. Sie wissen konkreter, was sie möchten und können dies auch besser ausdrücken. Außerdem haben die Studienteilnehmer im Interview angegeben, mehr Verständnis für den Zeitmangel der Mediziner zu haben.

T6: Ich gehe ganz anders zu meiner Hausärztin. Erstmal versuche ich, mich kürzer zu fassen. Ich konzentriere mich wirklich auf die Schwerpunkte, was ich ihr sagen will. [...]

Die Probanden berichteten auch von einem gesteigerten Selbstbewusstsein im Umgang mit Ärzten:

T13: [...] Ich denke schon, dass ich da ein bisschen selbstbewusster geworden bin, was früher eigentlich nicht mein Stil war gegenüber einem Arzt. „Ist das wirklich der Weisheit letzter Schluss? Gibt es da nicht noch eine andere Möglichkeit?“ Das wage ich mir heute eher.

Ein/ eine SP äußerte, dass sich seit der Tätigkeit keine Veränderungen im Umgang mit ihren Ärzten ergeben haben.

6.2.4 Haben die Probanden seit ihrer Tätigkeit als SP ihrem eigenen Arzt schon einmal Feedback gegeben?

Vier Befragte (T5, T8, T10, T16) gaben an, dass dem eigenen Arzt schon Feedback ausgesprochen wurde. Meist haben die betreffenden Probanden bereits vor der Tätigkeit als SP Rückmeldungen an ihre Ärzte formuliert. Den SP ist bewusst, dass sie mit der Feedbackgabe Gelegenheit haben, dem Mediziner ihre Zufriedenheit oder Kritik auszudrücken. Ein Studienteilnehmer bemerkte, dass er/sie seit der Tätigkeit als SP in der Lage ist, das Feedback besser zu formulieren und zu differenzieren:

T16: Das war schon immer so. Jetzt bin ich nicht mehr so mit der Tür ins Haus, sondern kann mehr differenzieren, ganz fein, ganz speziell auf das hinweisen, was nicht in Ordnung ist.

Zwei Probanden (T7, T13) haben das Feedback an den Arzt zwar in Gedanken formuliert, aber nicht ausgesprochen. Es existieren zu große Hemmungen, die Rückmeldung auszusprechen, wie das nachfolgende Zitat zeigt:

T7: Ehrlich gesagt, nicht persönlich. [...] Also dann in der Familie danach, da hat man das schon mal besprochen, was irgendwie komisch war beim Arzt oder was einem da in der Praxis nicht gefallen hat oder so. Aber dem Arzt persönlich habe ich noch nie Feedback gegeben. [...] ich hatte einmal eine Situation, da habe ich mich geärgert, dass ich es nicht gesagt habe. Da wäre ein Feedback vielleicht hilfreich gewesen, aber ich habe es nicht gemacht. Ich weiß nicht, warum.

Ein Studienteilnehmer berichtete, dass er/sie dem Arzt eine Rückmeldung geben würde, wenn es die Situation erfordert:

T14: Für mich selbst kam es noch nicht zu der Situation, dass ich das hätte machen müssen. Aber ich würde das auf jeden Fall machen, denn ich bin ja der Patient und ich sollte im Mittelpunkt stehen. Wenn der Arzt kommunikative Fehler macht, die mich stören, dann würde ich ihm das definitiv sagen. [...]

Die Mehrheit der Befragten (11) lehnt eine Feedbackgabe an den Arzt konsequent ab. Die Gründe hierfür sind unterschiedlich:

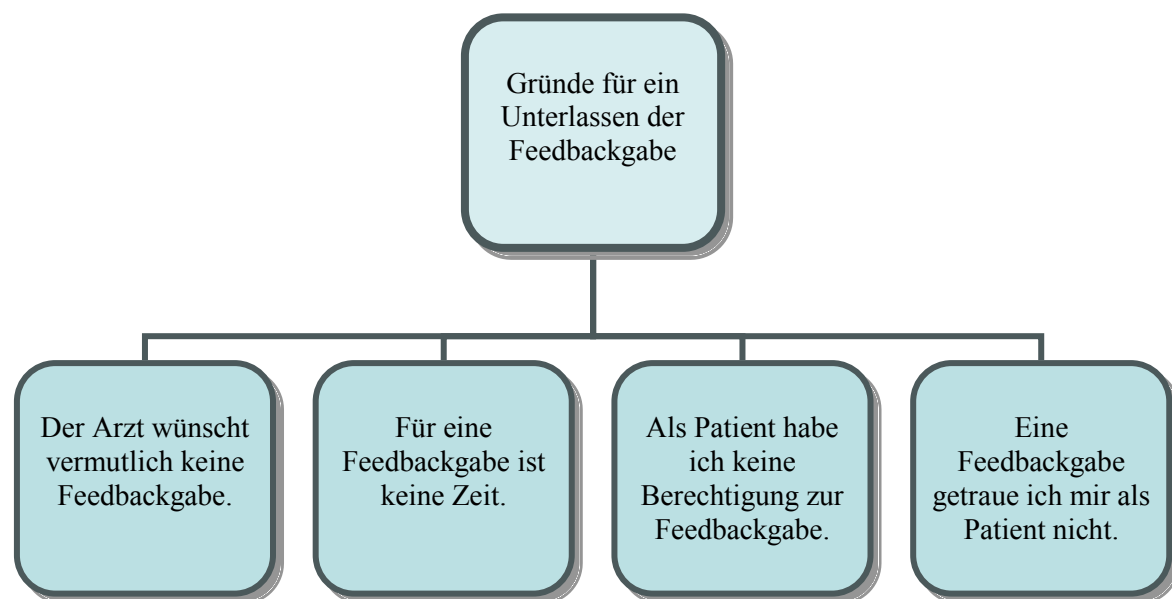


Abb.9: Gründe für ein Unterlassen der Feedbackgabe an Ärzte in der Realität

Wie in der Abbildung dargestellt, gehen einige SP davon aus, dass Ärzte sicherlich kein Feedback erwarten, dass eine Rückmeldung nicht erwünscht ist:

T1: [...] Ich habe auch nicht das Gefühl, dass das unbedingt gewollt ist [...]

Des Weiteren vermuten besonders ältere Probanden, dass sie sich als Patient in der Realität kein Feedback erlauben können, wie die nachfolgenden Zitate zeigen:

T6: Nein, habe ich nicht. Ich weiß nicht, ob mir das zu steht. [...]

T13: Das würde ich anmaßend finden. Ich habe als Patient nicht die Berechtigung, jemanden zu bewerten.

Vier Studienteilnehmer (T2, T9, T12, T15) verneinten die Feedbackgabe ohne Angabe von Gründen.

6.2.5 Von den SP beobachtete Kompetenzen und Defizite der angehenden Mediziner im Rollenspiel

Die befragten SP haben im Interview angegeben, dass die Medizinstudenten im Rollenspiel in verschiedenen Punkten häufig positiv auffallen, wie in dem nachfolgenden Radialdiagramm dargestellt:

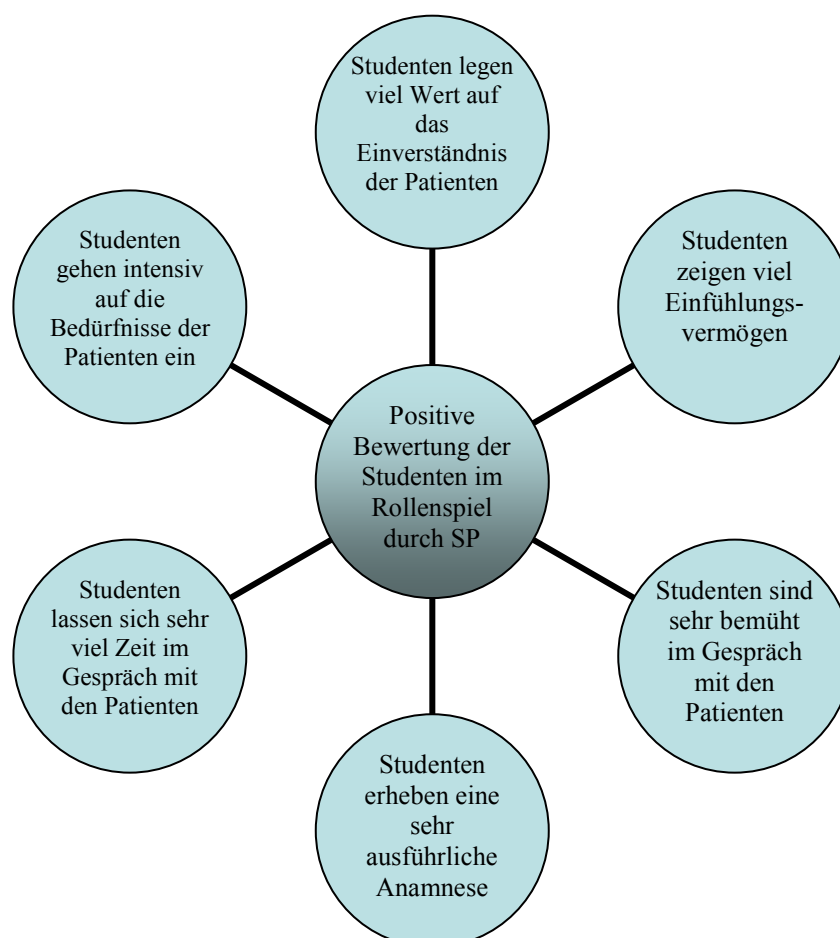


Abb.10: Positive Bewertung der Studenten durch SP

Einige Probanden haben den Eindruck, dass die Studierenden den Patient noch als etwas Besonderes wahrnehmen, um das man sich bemühen muss. Die Studenten wirken im Rollenspiel demnach sehr motiviert und ehrgeizig, wie die folgenden Aussagen von SP belegen:

T14: [...] Bei den Ärzten ist es so, dass sie sich deutlich weniger Zeit für ein Patientengespräch nehmen und viele nicht so auf die Bedürfnisse der Patienten eingehen. Das ist bei den Studenten eher noch gegeben. Viele Studenten haben noch so einen gewissen Idealismus. Für die ist dann der Patient wirklich noch das Wichtigste und der Mittelpunkt. Ich habe das Gefühl, dass das im Arbeitsalltag so ein bisschen verloren geht. Man steht unter Druck und Stress und muss dann die Arbeit schnell vollziehen. Wenn dann ein Patient da ist, der mal mehr Zeit benötigt im Gespräch, dann kommt das, denke ich, oft zu kurz. [...]

T5: [...] die Studenten, die geben sich sehr, sehr viel Mühe in diesen Arztgesprächen und sind da unheimlich bemüht. Man merkt eben so diesen Ehrgeiz, ich will gut sein. [...]

Den Studienteilnehmern sind bei ihren Einsätzen als SP aber auch immer wieder verschiedene Defizite der Studenten aufgefallen, wie nachfolgend dargestellt:

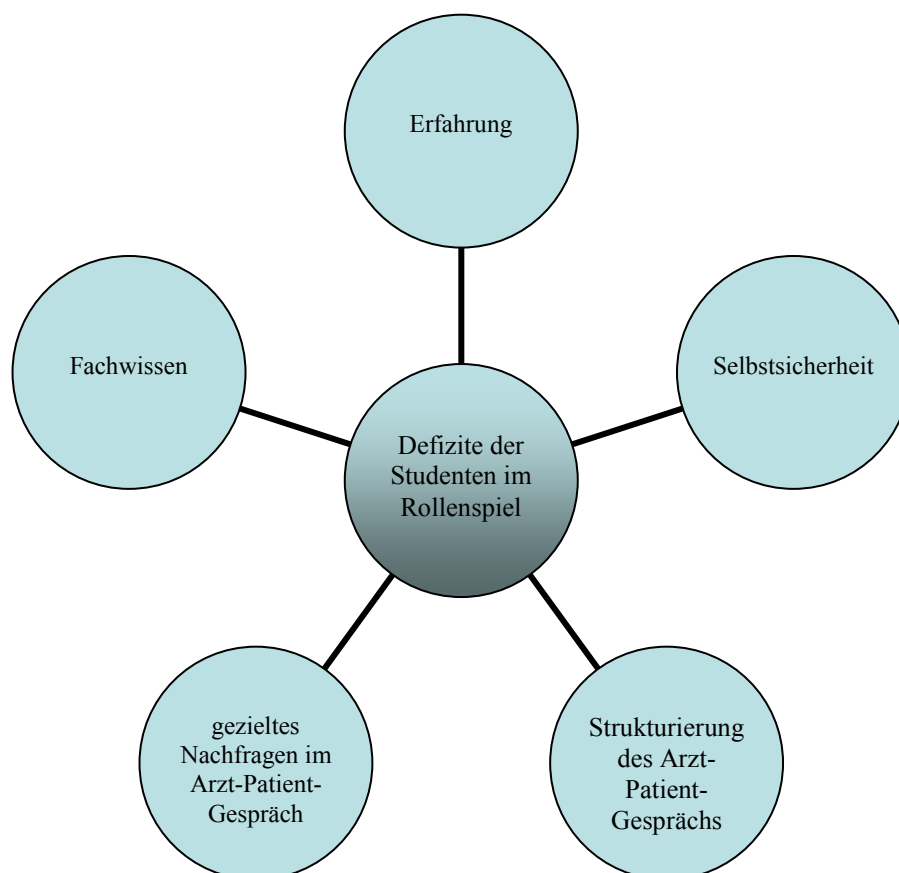


Abb.11: Von SP bemerkte Defizite der Studenten im Rollenspiel

Wie in dem Radialdiagramm zu sehen ist, zeigen die Studenten im Arzt-Patient-Gespräch Defizite bezüglich der Selbstsicherheit, des Fachwissens und der Erfahrung. Dies belegt die folgende Aussage eines/einer SP:

T1: [...] im Verhältnis zum praktizierenden Arzt hat ein Student im 1. oder 2. Semester natürlich noch nicht die Selbstsicherheit und die Lebenserfahrung wie jemand, der am Ende seiner beruflichen Laufbahn steht. Das ist ein ganz klarer Unterschied- das Wissen, die Lebenserfahrung, sich zu behaupten.

Des Weiteren müssen die Studierenden noch lernen, bei der Erhebung der Anamnese genauer nachzufragen (T6), sowie das Gespräch besser zu strukturieren (T2).

Bei den Interviews wurden auch Bedenken geäußert, dass die Lehrsituation nicht zu den Bedingungen des realen Klinikalltags passt:

T8: [...] ist mir aufgefallen, dass hier sehr Vieles sehr hochstilisiert wird [...] in der Praxis kannst du das oft so nicht halten. [...] ich glaube, die in der Praxis haben das vielleicht am Anfang auch genauso gemacht, wie man das ihnen hier mal beigebracht hat, aber man passt sich ja auch irgendwo den Gegebenheiten an [...] wegen dem Zeitdruck und dann auch wegen dem, was in dem Moment gerade wesentlich ist. [...]

Ein/ eine SP erlebt sehr professionell wirkende Studenten, bei denen sie kaum Unterschiede zu tatsächlich praktizierenden Ärzten erkennen kann:

T16: [...] Es gibt Studenten, die sind so dafür geboren, das ist der blanke Wahnsinn. Zu denen würde ich sofort gehen, auch wenn sie nicht die Erfahrung haben. Die sind dafür geboren, die sind dafür gemacht und stehen mit allem, was sie ausdrücken, dahinter. [...]

6.2.6 Was können praktizierende Ärzte bei ihren Arzt-Patient- Beziehungen verbessern?

Die genannten Verbesserungsvorschläge der SP können in eine implizite Ebene und eine explizite Ebene unterteilt werden. Die implizite Ebene betrachtet den Beziehungsaspekt, also die Rolle, Haltung und Einstellung der Mediziner. Die explizite Ebene beinhaltet Verbesserungen bezüglich der Kompetenz, hierzu zählen zum Beispiel angewendete Techniken der Gesprächsführung.

Zunächst zu den von den SP vorgeschlagenen Verbesserungen auf impliziter Ebene:

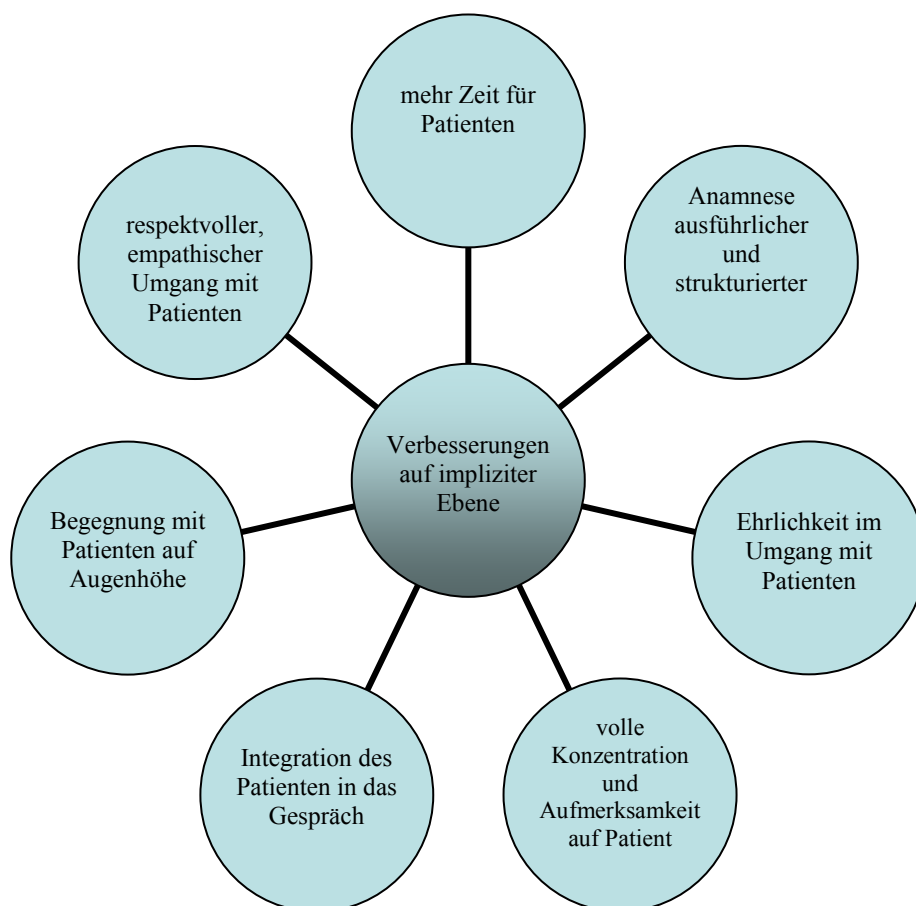


Abb.12: Von SP gewünschte Verbesserungen praktizierender Ärzte auf impliziter Ebene

Die im Radialdiagramm genannten Punkte können teilweise als Schlussfolgerungen anderer gesehen werden: wenn die Ärzte zum Beispiel mehr Zeit für ihre Patienten hätten, wie von einigen Studienteilnehmern (T3, T4, T10, T11, T14, T16) gewünscht, dann könnten sie auch die Anamnese ausführlicher gestalten und den Patienten stärker in das Gespräch integrieren.

Wie ein Proband/ eine Probandin im Interview betonte, sind die Ursachen für den ärztlichen Zeitmangel zum Teil im Gesundheitssystem zu suchen:

T11: Das ist in unserem System schwierig, aber natürlich wünscht man sich immer, dass die für jeden Patienten individuell Zeit haben. Wenn jemand nur 5 Minuten braucht, ist schön, wenn jemand aber länger braucht, weil er mehr auf dem Herzen hat, wäre es schön, wenn die die Zeit hätten [...] Aber gerade dieser Zeitfaktor ist eine Sache, da können die Ärzte nicht viel ändern, weil das einfach unsere Gesundheitspolitik und unser Gesundheitswesen nicht her gibt. [...]

Beim Umgang der Ärzte mit Patienten legen die Befragten (T1, T3, T7, T11, T14, T12) besonderen Wert auf empathisches, respektvolles Verhalten. Die SP gaben im Interview zu bedenken, dass dies im realen Klinik- und Praxisalltag nicht immer umgesetzt wird:

T14: [...] Was ganz wichtig ist: dass den Ärzten die Patientenperspektive bewusst ist. Ich glaube, viele Ärzte machen sich nicht so darüber Gedanken, wie das jetzt alles auf die Patienten wirkt, welche Gefühle das, was der Arzt sagt, in den Patienten auslöst. [...]

Zusätzlich würden sich die SP (T3, T8, T15) mehr Ausführlichkeit und mehr Struktur in der Anamneseerhebung der praktizierenden Ärzte wünschen:

T3: [...] Oft ist es so, dass man in einer Arztpraxis ist oder auch in der Klinik bei einem Arzt und es geht immer nur um das Problem, mit dem man kommt. Da wird nicht einmal, so wie wir das ja eigentlich lernen, wird nicht drum herum gefragt. [...] ich weiß nicht, ob ich jemals eine Sozialanamnese hatte oder eine Familienanamnese oder so und ich glaube, vegetativ wurde ich das letzte Mal in der Schwangerschaft gefragt und vom Hausarzt aber sonst nie irgendwie. [...]

Angenehm finden es einige Probanden (T7, T9), wenn ihnen der Arzt im Gespräch auf Augenhöhe begegnet. Dieses Verhalten kann nach Aussage der SP bereits eine große Wirkung auf die Arzt-Patient-Beziehung haben:

T9: [...] was mir auf der Palliativstation ganz positiv aufgefallen ist, was aber dort nicht jeder macht: also der Chefarzt setzt sich teilweise mit auf das Bett und die Oberärztin hat sich immer einen Stuhl heran geholt und war dann auf gleicher Höhe. [...] Und das finde ich sehr, sehr gut. Das ist jetzt aber auch nicht Gang und Gebe. In anderen Stationen hab ich das noch nie gesehen. [...]

Des Weiteren ist den SP (T12, T16) die aktive Mitarbeit im Gespräch mit dem Arzt wichtig. Sie möchten vom Mediziner in das Gespräch integriert werden, wie die nachfolgende Aussage zeigt:

T16: [...] Ich möchte, dass er mich auch mitarbeiten lässt. Das wäre mir persönlich wichtig. [...]

Besonderen Wert legen einige der Befragten (T10, T11, T13, T16) außerdem auf die volle Konzentration des Arztes auf den Patienten. Der Mediziner sollte bei der Konsultation aufmerksam sein und sich durch nichts ablenken lassen. Wünschenswert ist, dass der Patient mit seinen Beschwerden beim Arztbesuch stets im Mittelpunkt steht. Doch dies entspricht oft nicht der Realität, wie anhand der nachfolgenden Aussage erkennbar ist:

T11: [...] Was auch für mich immer wünschenswert ist, dass die Ärzte auch wirklich in den Minuten, wo sie für den Patienten da sind, *für* den Patienten da sind. Wie gesagt, wenn das nur 5 Minuten sind, dass sie sich aber auch wirklich 5 Minuten auf den Patienten konzentrieren und nicht zwischendrin ständig ans Telefon gehen. Da klingelt es hier, dann kommt die Schwester rein, gerade im Krankenhaus finde ich das sehr schlimm. In Praxen geht das meistens besser, aber gerade im Krankenhaus werden die Ärzte so viel abgelenkt von allen möglichen Seiten, dass man als Patient immer das Gefühl hat, der interessiert sich für meine Krankenakte und der interessiert sich vielleicht für meine Laborwerte, aber nicht für das, was ich jetzt habe [...]

Ein/ eine SP hat im Interview als Verbesserungsvorschlag angegeben, dass praktizierende Ärzte ehrlicher mit ihren Patienten umgehen sollten:

T16: [...] Ich finde es auch schön, wenn der Arzt fair zugibt „das weiß ich jetzt nicht“. Das finde ich vollkommen in Ordnung und auch richtig so. Aber ich speziell möchte wahrgenommen werden, ich möchte ehrliche Antworten von ihm haben. [...]

Nun zu den von den SP vorgeschlagenen Verbesserungen auf expliziter Ebene:

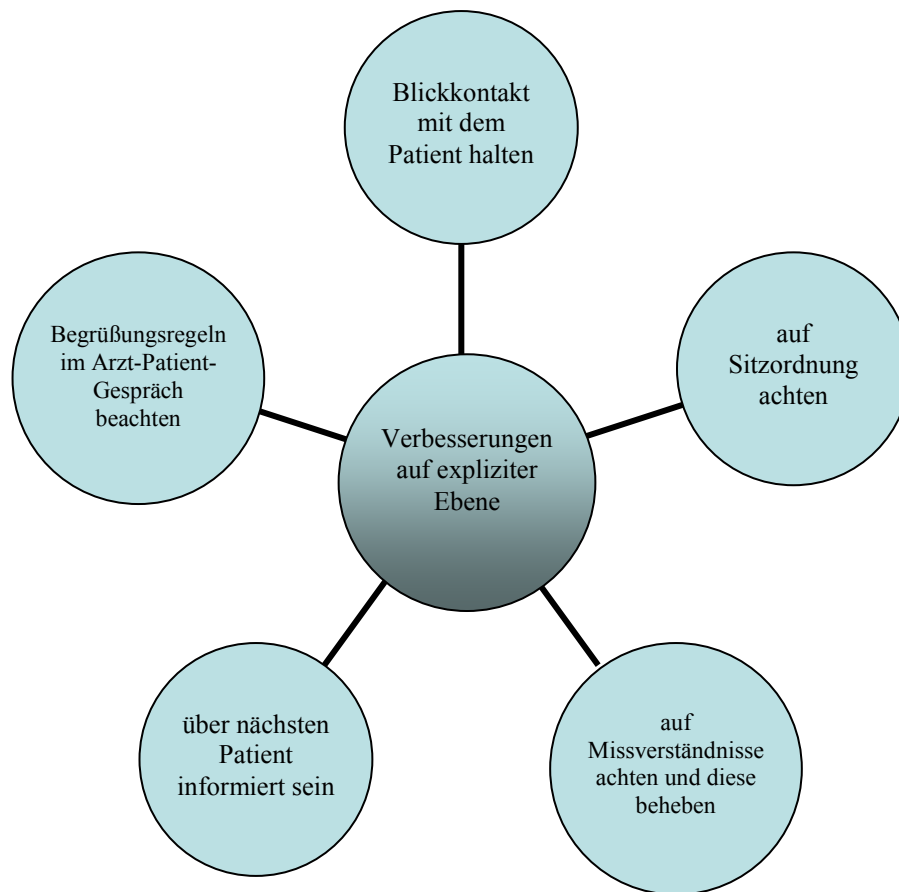


Abb.13: Von SP gewünschte Verbesserungen praktizierender Ärzte auf expliziter Ebene

Einigen der befragten SP (T5, T7) ist es wichtig, dass die Ärzte mehr auf ihr Verhalten bei der Begrüßung des Patienten achten. Als angenehm wird empfunden, wenn der Mediziner seinem Patient beim Betreten des Raumes entgegen kommt und ihm die Hand reicht. Die folgende Aussage einer Probandin erinnert an die Bedeutung einer freundlichen Begrüßung für die Arzt-Patient-Beziehung:

T5: [...] Und es macht sicherlich sehr, sehr viel aus, wenn ein Arzt dem Patient beim Betreten des Zimmers entgegen kommt und ihn mit Handschlag begrüßt. Es sind Dinge, auf die wir hier achten mit den Studierenden. Das erlebt man ja in der Praxis nicht so häufig. [...] Für mich ist schon entscheidend, wie ich aufgenommen werde. Auch im täglichen Leben, wenn ich irgendwo einen Besuch mache und ich an der Tür nett und freundlich empfangen werde, dann ist man doch gleich fröhlicher und erleichterter, als wenn gesagt wird: „Na komm rein und leg ab“.

Des Weiteren machten die Studienteilnehmer (T10, T13) darauf aufmerksam, wie wichtig der Blickkontakt zwischen Arzt und Patient während des Gesprächs ist:

T13: [...] Aber es ist mir natürlich angenehm, wenn selbst die Augen signalisieren „Aha“ und „Hier zögern Sie, gibt es da noch etwas, was ich wissen müsste?“ Das geht nicht, wenn jemand im Computer nebenan was rein schreibt.

Auch die Sitzordnung ist für die Entstehung einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung bedeutend, wie ein Proband bemerkte:

T13: [...] Dieses Gegenüber ist häufig so eine Gerichtsverhandlung. Ich habe es immer gern gehabt und auch im Feedback preisgegeben, wenn man so im rechten Winkel sitzt, also so über Eck. Das fand ich immer sehr viel angenehmer. [...]

Zusätzlich wurde im Interview darauf hingewiesen, dass Ärzte mehr auf eventuelle Missverständnisse achten sollten (T14), da diese mitunter leicht behoben werden können.

Zwei Probanden (T5, T12) betonten außerdem, wie wichtig es für den Patient ist, dass sich der Arzt über ihn informiert, noch bevor er das Behandlungszimmer betritt:

T5: Ich finde es schön, wenn ich im realen Leben zum Arzt gehe und er vorher meine Krankenakte gelesen hat und weiß, wer ich bin und was ich eigentlich will. Nicht, dass ich sitze und dann studiert er erstmal, da fühlt man sich schon ein bisschen fehl am Platz. Das ist mir aufgefallen. [...]

Zwei Studienteilnehmer (T2, T6) nannten keine Verbesserungsvorschläge für praktizierende Ärzte. Sie gaben an, bei ihren bisherigen Arztkontakten immer zufrieden gewesen zu sein. Gleichzeitig existierte im Interview eine gewisse Unsicherheit, ob man sich überhaupt dazu äußern darf, wie das nachfolgende Zitat zeigt:

T6: Das ist schwierig. [...] Einmal habe ich nicht mit so vielen Ärzten zu tun, dass ich mir darüber ein Urteil leisten kann und die Male, wo ich beim Arzt war, habe ich auch die Antworten bekommen, die ich wollte. [...] Ob das nun der Hausarzt ist oder der Facharzt, es war exzellent, es war sehr gut.

6.3 Welchen Einfluss hat die Tätigkeit als SP auf die Beziehungen zum persönlichen Umfeld?

6.3.1 Hat sich seit der Tätigkeit als SP der Umgang mit Familienangehörigen oder Freunden verändert?

Zehn Probanden berichteten im Interview von Veränderungen im Umgang mit Familienangehörigen oder Freunden seit der Tätigkeit als SP. Zwei Studienteilnehmer verneinten zuerst die eben genannte Frage, bemerkten jedoch anschließend, dass sie nun Kritik besser formulieren könnten:

T4: Verändert? Nein, glaube ich eigentlich nicht. [...] Was mir jetzt durch dieses Feedback geben immer wieder auffällt, dass man manche Dinge ein bisschen besser verpackt. Das ist mir durch dieses Feedback doch sehr viel mehr bewusst geworden als es früher war. Und wenn ich vielleicht im Familienkreis mal heraus geplatzt bin oder ziemlich hart im Verteilen war, ich verteile heute auch noch, mache ich auch gern, aber ich versuche, es ein bisschen anders zu formulieren. [...]

T9: Die hatte gar keinen Einfluss. [...] Und was auch sehr wichtig ist [...] ist dieses Feedback geben [...] Einfach so fürs tägliche Leben im Umgang mit anderen Leuten. [...] eher im privaten Umfeld [...] Wenn da was nicht rund läuft oder so, habe ich das Gefühl, dass ich die Kritik besser anbringen kann als manch andere.

Die nachfolgende Übersicht stellt alle von den SP genannten Veränderungen im Umgang mit Familienangehörigen oder Freunden dar:

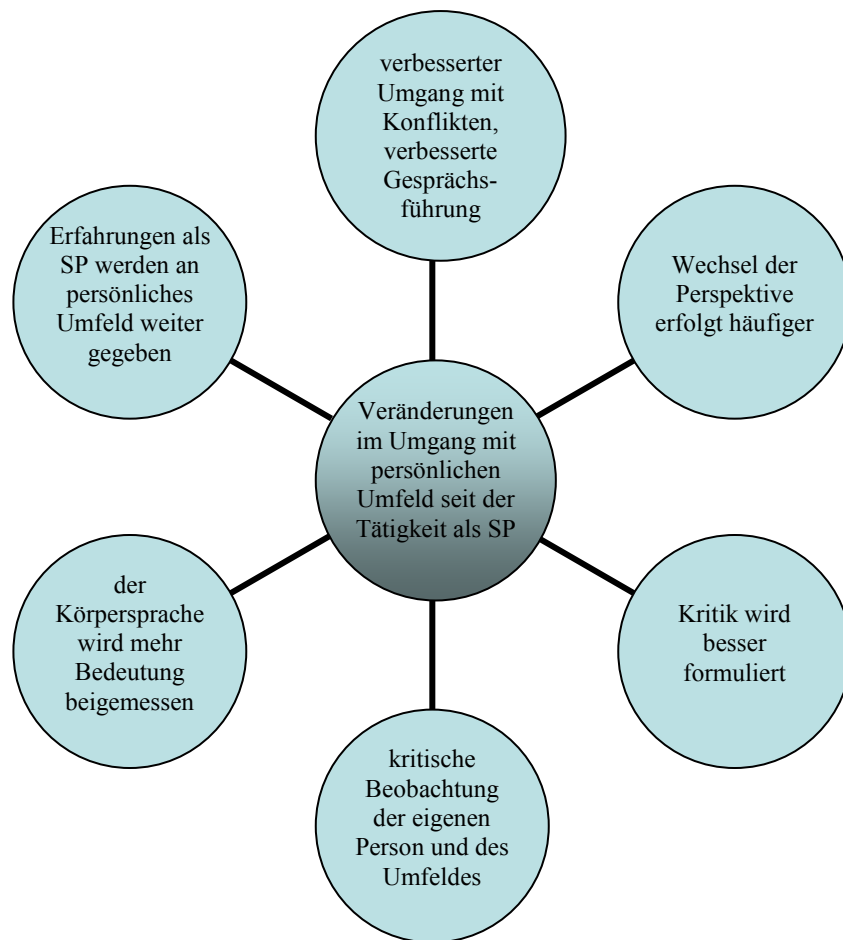


Abb.14: Veränderungen im Umgang mit dem persönlichen Umfeld seit der Tätigkeit als SP

Eine Probandin berichtete im Interview, wie ihr die Tätigkeit als SP beim Umgang mit Konflikten und bei der allgemeinen Gesprächsführung geholfen hat:

T3: [...] Ich habe zum Beispiel [...] noch viel besser gelernt, zu diskutieren und zu streiten, da war ich vorher sozusagen noch schlecht drin. Ich bin einfach jedem Streit aus dem Weg gegangen und das habe ich einfach generell gelernt und da spielt auch dieses Schauspielpatient - Sein eine Rolle, weil wir ja auch Rollen haben, die ein bisschen streitlustiger sind und widersprechen und weil man dann einfach auch in seiner Tätigkeit als Schauspielpatient merkt, wie andere auf einen reagieren - in der Rolle natürlich. Aber da kann man sich ja auch als Mensch sozusagen „ausprobieren“ und da habe ich viel darüber gelernt, wie Leute auf mich reagieren und auf bestimmte Handlungen, die ich tue und Dinge, die ich sage und das hat sich auf jeden Fall auch auf mein Leben übertragen. Das ich anhand dieser Erfahrung gemerkt habe, ach ja, so könnte ich es im echten Leben auch machen.

Des Weiteren ist einigen Studienteilnehmern (T2, T14) aufgefallen, dass sie beim Umgang mit anderen nun häufiger die Perspektive wechseln und versuchen, sich in die Situation des Gesprächspartners hineinzuversetzen.

Beschrieben wurde auch, dass man als SP dazu neigt, sein Umfeld und sich selbst hinsichtlich der Kommunikation kritischer zu beobachten. Zwei Probanden (T8, T10) bemerkten dies im Interview:

T8: Also mir ist aufgefallen, dass ich generell jede Art von Kommunikation kritischer betrachte. [...] dass ich einfach immer häufiger in so eine Beobachterposition gehe. Wenn sich zwei andere unterhalten, aber auch, wenn sich jemand mit mir unterhält, dass da im Hintergrund so ein bisschen was abläuft - was ist jetzt hier gut, was ist nicht so gut. [...]

Für einen Studienteilnehmer hat die Körpersprache in zwischenmenschlichen Beziehungen seit der Tätigkeit als SP eine wesentlich größere Bedeutung. Der Proband berichtete, mit den Wirkungen veränderter Mimik und Gestik im persönlichen Umfeld zu experimentieren:

T10: [...] Und das Projekt war über Körpersprache [...] Das hat mich total gefesselt. [...] Mit einem Kollegen habe ich dann versucht, dass mal so nachzustellen. [...] alle haben auf diese Nachahmung der Körpersprache positiv reagiert. [...] Und das war dann schwierig, das wieder abzustellen. [...] Das war unglaublich, wie man, ohne groß zu reden, wie man da irgendetwas reißen kann.

Drei Befragte (T5, T15, T16) haben im Interview außerdem geäußert, ihre Erfahrungen und ihr Wissen, welches als SP gewonnen wurde, an das persönliche Umfeld weiterzugeben. Die Tätigkeit des Schauspielpatienten wird als Lernprozess verstanden, bei dem unter anderem das Verständnis von Krankheitsbildern gefördert wird:

T5: [...] In unserem Tanzverein gibt es auch ein Tanzpaar, da ist ein Elternteil von dieser Krankheit betroffen und da ich irgendwann gesagt habe, womit ich mich in meiner Freizeit auch so beschäftige, ist es dann mal zu einem näheren Gespräch gekommen. Bis hin zu der Tatsache, dass ich Literaturempfehlungen gegeben habe und eben aus meiner eigenen Erfahrung gesprochen habe [...] Ansonsten sprechen wir im Freundeskreis auch öfter über dieses Krankheitsbild, weil einfach ein bisschen Interesse da ist, wenn man weiß, man sitzt mit jemanden am Tisch, der sich damit ein bisschen näher beschäftigt. Ich schneide auch Artikel aus der Zeitung aus, die so diese ganze Thematik betreffen [...]

Der Wissenszuwachs in Folge der Tätigkeit als SP wird von den Befragten als positiv empfunden:

T15: [...] ich sehe das sehr positiv, weil ich eben durch dieses Lernen, was ja auch für mich ein Lernprozess ist, Dinge gelernt habe, die ich dann durchaus mal im Freundeskreis oder Familienkreis anspreche. Also nicht, dass ich dort auch Feedback gebe, sondern, dass ich sage, wir haben das und das gemacht und ich finde das gut, das dann solche Themen überhaupt angesprochen werden, die man vielleicht sonst privat, im Familien- oder Freundeskreis gar nicht anspricht.

Vier Studienteilnehmer haben seit der Tätigkeit als SP keine Veränderungen im Umgang mit Familienangehörigen oder Freunden bemerkt.

6.3.2 Sind Familienangehörigen oder Freunden Veränderungen an den SP aufgefallen, auf die die SP angesprochen wurden?

Hier lassen sich die Aussagen der Befragten in drei Gruppen untergliedern:

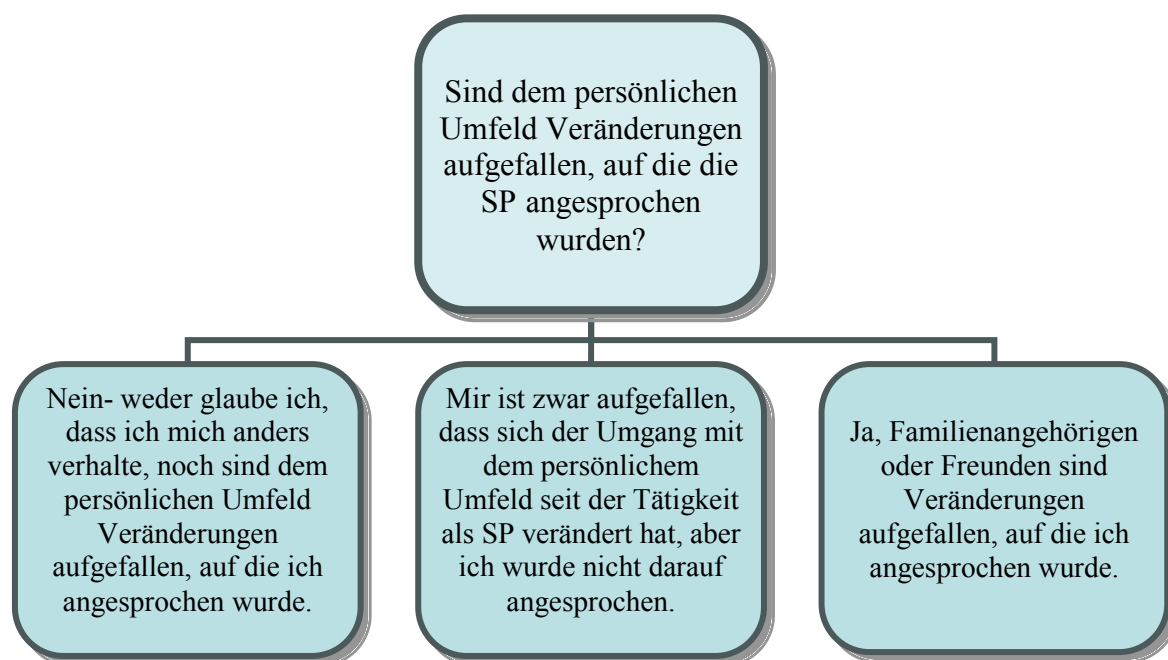


Abb.15: Hat das persönliche Umfeld der SP Veränderungen in Folge der Tätigkeit bemerkt?

Es erfolgte anschließend die Nachfrage, auf welche Veränderungen die SP vom persönlichen Umfeld angesprochen wurden. Das folgende Radialdiagramm zeigt, was Familienangehörigen und Freunden aufgefallen ist:

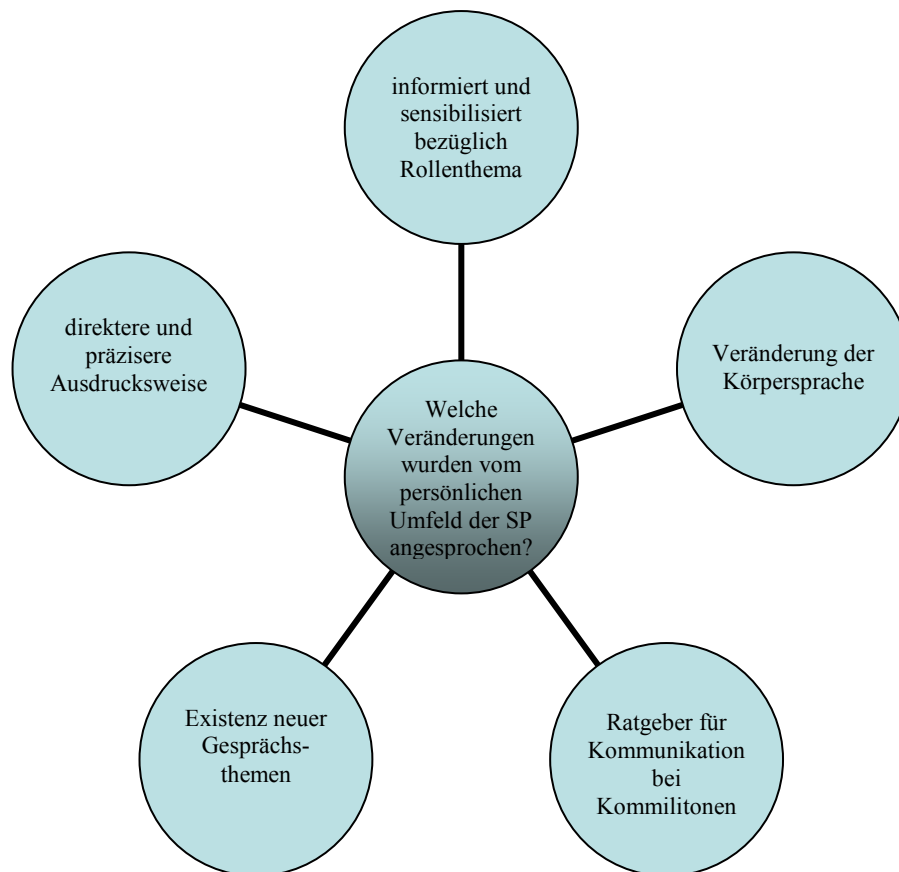


Abb.16: Art der Veränderungen, die vom persönlichen Umfeld bemerkt und angesprochen wurden

Eine SP berichtete, ihr Umfeld würde registrieren, dass sie seit ihrer Tätigkeit als SP bezüglich bestimmter Themenbereiche besonders informiert und sensibilisiert ist:

T5: Vielleicht nur so in dieser Richtung, dass man mir wiederholt schon gesagt hat „Mensch, wieso bist du so informiert über diese ganze Krankheitsgeschichte und diese ganze Thematik?“ Bis hin zu der Feststellung einmal in einem Gespräch „Bist schon ganz schön sensibilisiert auf die ganze Thematik.“ [...]

Eine Medizinstudentin, die als SP tätig ist, bemerkte im Interview, dass sie von Kommilitonen seit ihrer Tätigkeit als SP zunehmend Fragen bei kommunikativen Problemen erhält:

T8: Also ich würde jetzt bei Freunden auch Kommilitonen mit drunter fassen und [...] da merke ich schon, dass so ein bisschen geguckt wird, wie ich das mache und dass ich da auch verstärkt von anderen Fragen bekomme: „Sag mal, war das jetzt richtig so? Kann ich das so sagen und wie ist das jetzt?“ [...]

Zusätzlich wurden die SP von ihrem Umfeld auf eine Veränderung der Körpersprache (T10), Auftreten neuer Gesprächsthemen (T15), sowie eine präzisere Ausdrucksweise (T16) angesprochen.

6.4 Gibt es negative Effekte der Simulationen auf die SP?

Hier können 2 Gruppen gebildet werden: 5 befragte SP (T3, T2, T7, T8, T10) haben negative Auswirkungen erlebt, 4 Probanden (T5, T12, T15, T16) verneinten die Frage. Allerdings fällt hierbei immer wieder auf, dass manche Probanden im Interview zunächst erklärten, keine negativen Effekte bemerkt zu haben, aber im nachfolgenden Gespräch von nachteiligen Auswirkungen berichteten (7 Probanden: T1, T4, T6, T9, T11, T13, T14). In dem Radialdiagramm werden die genannten negativen Effekte dargestellt:

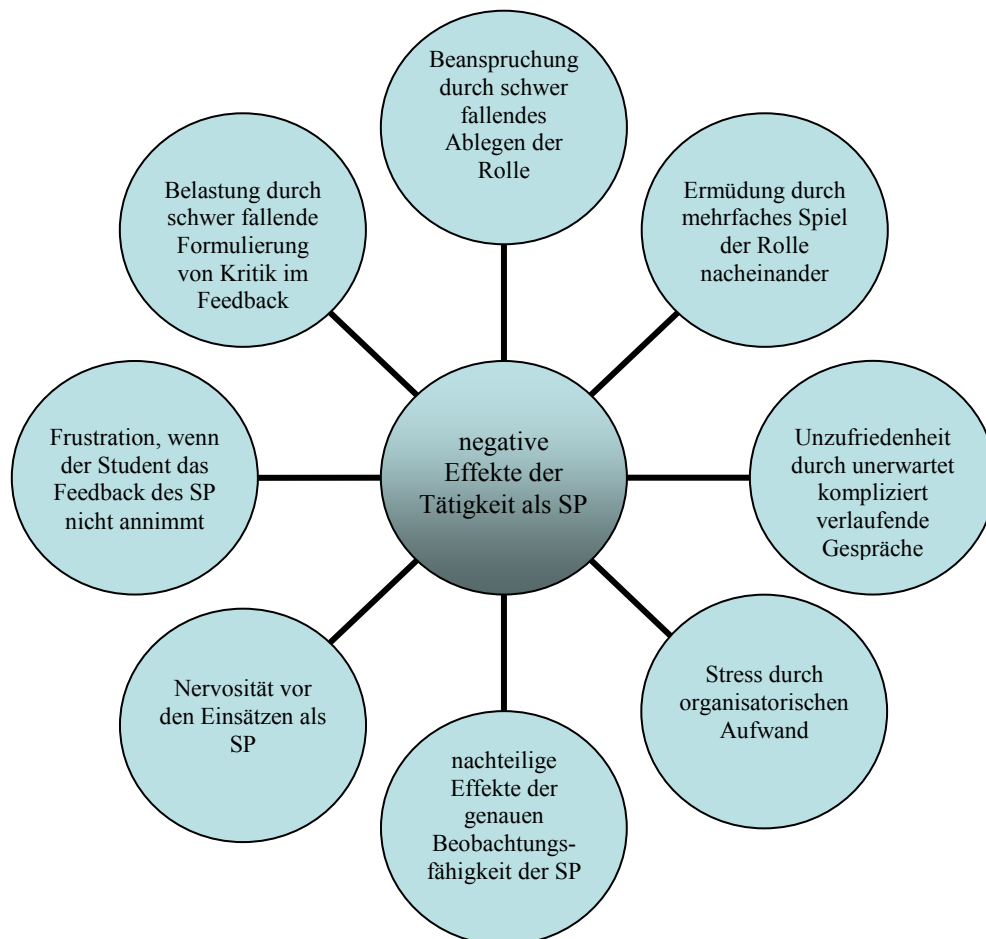


Abb.17: Übersicht über die von SP genannten negativen Effekte der Tätigkeit

Für vier Probanden ist es beanspruchend, wenn Schwierigkeiten beim Ablegen der Rolle auftreten. Es kann dazu kommen, dass man die Stimmung der Rollenfigur annimmt und sich gedanklich auch nach dem Einsatz mit der Rolle beschäftigt. Besonders belastend ist die Darstellung von Rollen, die dem eigenen Leben sehr ähneln (vgl. Kapitel 6.1.4), sowie von

Figuren, die sehr traurig oder depressiv sind (T14). In den nachfolgenden Zitaten beschreiben SP, wie schwierig die Distanzierung von der Rollenfigur sein kann:

T3: [...] dann gibt es Rollen, die sind sehr schwer, da geht es um Erkrankungen, die tiefgreifend sind, also eine Krebserkrankung oder dass man einen Angehörigen spielt und gesagt bekommt, dass die Mutter sterben wird. Und man versucht sich da sehr reinzufühlen, um authentisch zu spielen [...] wenn man die Rollen dann spielt und sich da wirklich gut hineinversetzt [...] dann ist man hinterher schon ziemlich bedrückt, also ich brauche hinterher lange, um die Rolle wieder komplett von mir abzustreifen und es gibt Tage, an denen komme ich dann nach den Kursen nach Hause und bin ziemlich erschöpft und müde und auch auf eine gewisse Art traurig und ohne die Rolle wäre das nicht so gewesen. Wenn ich tagsüber gut drauf war und abends so ein bisschen bedrückt bin, dann liegt das daran, dass ich die Rolle gespielt habe. Und das war [...] manchmal wirklich sehr anstrengend [...]

ganz weg habe ich es auch heute nicht gekriegt [...] gerade bei der einen Rolle, die wir jetzt spielen [...] da spielen wir eine Frau, die ein Kind hat und die eine tödliche Krebserkrankung hat und noch sehr jung ist, ich glaube Anfang 30 und die gesagt bekommt, dass sie wahrscheinlich die Einschulung ihres Kindes nicht erleben wird und weil ich auch selber eine Tochter habe [...] geht mir das nah. Also die Rolle ist für mich ganz schwer zu spielen, ich mache das sehr ungern und wenn ich nach Hause komme, brauche ich wirklich eine Weile, um dann wieder glücklich zu werden, sozusagen.

T6: [...] Meine letzte Rolle, das Überbringen schwerwiegender Nachrichten, das hat sich bei mir doch ein bisschen festgesetzt. Das war ja das Kritischste an der ganzen Geschichte.

Ein Studienteilnehmer (T2) empfindet das Spielen einer Rolle mehrfach hintereinander, wie im Rahmen des OSCE, ermüdend.

Belastend kann ein Einsatz als SP werden, wenn ein Gespräch unerwartet kompliziert verläuft, wenn die Situation eskaliert und das Rollenspiel abgebrochen werden muss. Häufig suchen die SP nach Ursachen für den komplizierten Verlauf bei sich selbst:

T4: [...] Man ist mit sich mal unzufrieden, wenn ein Gespräch mal nicht so gut gelaufen ist oder wenn ein Student das nicht so gebracht hat, dass man sich dann die Frage stellt „Hättest du vielleicht helfen können? Hättest du vielleicht die Frage anders stellen können?“ Oder man stellt sich hinterher die Frage, warum es heute nicht so gut gelaufen ist, wobei ich nicht immer glaube, dass es unbedingt an mir gelegen haben muss, ich kann ja nur die Fragen beantworten, aber wenn jemand gar nicht weiter kann? Ein einziges Mal ist es mir passiert, dass eine Studentin überhaupt nicht klar kam. Es ist dann um diese Auszeit gebeten worden. Das Gespräch wurde dann sozusagen abgebrochen. [...] Da war ich dann schon ein bisschen betroffen. Das ist mir ein einziges Mal in den ganzen Jahren passiert. [...] Aber die junge Frau war richtig sauer. Das war nicht so ein schöner Tag. [...] irgendwie fühlt man sich dann immer so ein bisschen „Warum ist das jetzt so schief gelaufen?“ Ich konnte ja überhaupt nichts dafür, es hatte mit mir nichts zu tun, aber irgendwie geht es nicht spurlos an einem vorbei, man macht sich dann Gedanken. Man denkt „Hoffentlich passiert mir das nicht noch mal.“ [...]

T13: [...] Ich habe einen einzigen Fall gehabt [...] wo eine Studentin direkt diese Art des Rollenspiels abgelehnt hat und sagte „das ist eine Unverschämtheit“. Da fühlte ich mich ausgesprochen hilflos und hinterher dachte ich „Mensch, lag das an dir? War das dein Versagen, dass sie jetzt hier so ausgeflippt ist?“ [...] das hat mich belastet, muss ich sagen, ja.

In dieser Situation ist es hilfreich, wenn eine Nachbesprechung der Einsätze erfolgt, wie die folgende Aussage zeigt:

Frage: Hat es Ihnen geholfen, eine Nachbesprechung zu haben?

T13: Das hat mir viel gebracht. Einmal konnte ich diesen Druck loswerden. Den Rucksack, was da nicht gestimmt hat, den konnte ich da abgeben [...] Ich habe schon zuerst gedacht, „Mensch, bei welcher Frage wurde das Gesicht denn so versteinert? War das von Anfang an?“ Es hat mir schon Sorgen gemacht, dass das hätte an mir liegen können.

Des Weiteren haben die Probanden im Interview angegeben, dass die Tätigkeit als SP hinsichtlich des organisatorischen und logistischen Aufwandes stressig sein kann (T3), wobei es besonders frustrierend ist, wenn kurzfristige Planänderungen auftreten (T8).

Teilweise ist es für die Befragten von Nachteil, dass sie in Folge der Tätigkeit als SP zu genauen Beobachtern ihrer Umgebung (T10) werden und viel hinterfragen (T8). Wie man anhand der Aussage eines Studienteilnehmers erkennt, kann dies auch negative Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Beziehung haben:

T10: [...] ich gehe wenig zum Arzt, sehr wenig. Aber ich denke, vielleicht könnte ich das irgendwann nicht mehr, weil man den Arzt dann nicht traut, weil man denkt, einfach nur vom Beobachten her „du bist eine Null“ oder „du bist kommunikativ so schlecht“ [...] ich weiß nicht, man kann das nicht abstellen, man beobachtet immer [...] es kann [...] ins Negative umschlagen, glaube ich. [...] Das ich zu sehr beobachte und dann vielleicht, ich weiß nicht, [...] kein Vertrauen in den Arzt habe [...]

Da man bei den Einsätzen als SP nicht vollständig weiß, was einen erwartet und wie das Gespräch verlaufen wird, fühlt man sich oft unsicher und nervös (T9). Die SP berichteten im Interview, dass sie vor allem zu Beginn der Tätigkeit mit Aufregung und Herzrasen zu kämpfen haben (T11), dies verbessert sich allerdings mit zunehmender Erfahrung. Ein Proband bemerkte, dass man beim Einüben neuer Rollen mit Bekannten oft aufgeregter ist als beim Rollenspiel mit unbekannten Personen:

T14: [...] Was ich dann eher ein bisschen schwierig finde oder unangenehm ist: wenn wir dann neue Rollen einüben und nur Leute da sind, die man selber kennt und man da jetzt was spielt, da ist man komischer Weise ein bisschen aufgeregter.

Eine SP findet es besonders frustrierend, wenn sich ein Student das Feedback des SP nicht annimmt:

T11: [...] Hier habe ich gemerkt, es frustriert mich, wenn der „Arzt“ mein Feedback überhaupt nicht annimmt. Und meistens sind das leider auch noch die Studenten, die eh schon nicht das Beste bringen, was sie bringen könnten. Also gerade, wenn man wieder auf die Empathie eingeht, wenn dann ein Student vor mir sitzt, der mich in 5 Minuten abfertigt und null auf mich eingehen kann, wenn man ihm das auch hinterher sagt, mit einem Schulterzucken hinnimmt nach dem Motto „Die hat ja eh keine Ahnung“. Das frustriert mich, da gehe ich manchmal echt heraus und denk mir, das ist ärgerlich, dass ausgerechnet die nicht darauf eingehen. [...] Also ich denke schon, [...] dass das einen Einfluss hat, wie ich aus der Runde heraus gehe, ob ich positiv gestimmt bin oder eher frustriert bin.

Zusätzlich äußerten einige Studienteilnehmer im Interview, es als sehr schwierig zu empfinden, wenn man als SP Kritik vorbringen muss (T13, T7):

T13: Was mir aufgefallen ist, beim Feedback vor allem, dass es mir äußerst schwer gefallen ist, jemanden zu sagen: „Ich fühlte mich bei Ihnen nicht gut aufgehoben, nicht verstanden.“ Mir fiel es ausgesprochen schwer, Kritik anzubringen und jemanden zu sagen „Es müsste besser sein!“ Ich habe immer versucht, mit einem Abschlusssatz sie nicht so gehen zu lassen, dass hätte mich sehr belastet. [...]

6.5 Der Einsatz der SP im OSCE 2013

Die SP, die am OSCE (Objective structured clinical examination) 2013 beteiligt waren, wurden eingeladen, an der Studie teilzunehmen. 5 Personen erklärten sich dazu bereit.

6.5.1 Aufmerksamkeit auf das OSCE- Projekt und Motivation zur Teilnahme

Die Probanden gaben an, über ihr persönliches Umfeld (Verwandte und Mitarbeiter von Instituten der Friedrich-Schiller-Universität Jena) von der Möglichkeit zur Teilnahme am OSCE erfahren zu haben. Die Motivation zur Beteiligung an dieser neuen Prüfungsform war vielfältig, wie im nachfolgenden Radialdiagramm dargestellt:

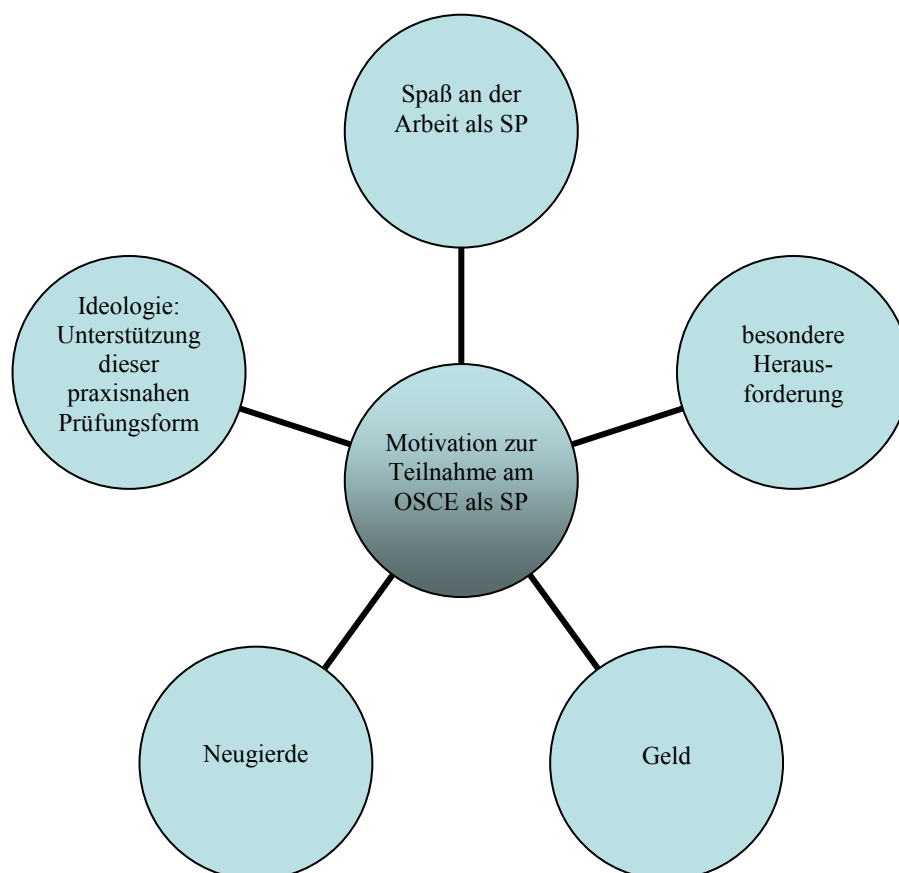


Abb.18: Motivierende Aspekte für die Beteiligung am OSCE als SP

Häufig war für die Befragten der Spaß an der Arbeit als SP motivierend (T14, T1).

Zusätzlich sahen einige Probanden den Einsatz in einer Prüfungssituation, wie dem OSCE, als besondere Herausforderung:

T14: [...] und auch mal diese Herausforderung: eine Rolle an einem Tag mehrere Male zu spielen, das war jetzt auch das erste Mal für mich. [...]

Wie schon allgemein bei der Arbeit als SP war auch bei der Teilnahme am OSCE der finanzielle Aspekt motivierend (T1, T2, T14).

Außerdem gaben die Studienteilnehmer im Interview an, dass auch die Neugierde sie dazu bewegt hat, am OSCE mitzuwirken. Sie haben sich zum Beispiel für den Ablauf dieser Prüfungsform im Medizinstudium interessiert (T2). Eine Probandin fand die generelle Entwicklung der Medizinstudenten interessant:

T1: [...] Und ich finde es auch spannend zu erleben, wie zukünftige Ärzte in ihre Rolle hinein wachsen und wie das so zwischenzeitlich ist.

Des Weiteren wirkten auch ideologische Gedanken motivierend, wie die nachfolgende Aussage eines SP zeigt:

T14: Es gab mehrere Aspekte, die dazu beigetragen haben. Zum einen habe ich im letzten Jahr selber am OSCE teilgenommen [als Prüfling]. Da war es noch freiwillig. Jetzt war es Pflicht. Ich finde diese Prüfungsform großartig. Ich fände es gut, wenn es viel öfter in unserem Studium vorkommen würde, natürlich weiß ich, dass das ein extremer organisatorischer Aufwand ist. Aber dieses Praxisbezogene, dass möchte ich einfach unterstützen, dass es so eine Prüfungsform gibt. Weil die ganzen Multiple-Choice-Klausuren, das ist sehr praxisfern und hat mit unserem späteren Alltag auch wenig zu tun. Von daher gab es diese ideologische Komponente, dass ich da mitmachen wollte. [...]

6.5.2 Ablauf eines OSCE-Tages und Beschreibung der Rollenthemen im OSCE

Im OSCE 2013 spielten einige SP nur halbtags, andere wurden den ganzen Tag eingesetzt. Nachfolgend beschreibt ein/eine SP den Ablauf eines OSCE-Tages:

T2: Ja, der Tag heute lief so ab, dass wir uns kurz vor 9.00 Uhr getroffen haben und dann einen Durchgang von 80 Minuten hatten, also 8 Studenten wurden hintereinander bei uns geprüft. Jeder Student hatte 10 Minuten Prüfungszeit, hatte also 2 Minuten, um sich in die Aufgabe einzulesen, dann kam es zu einem Gespräch, dass 6 Minuten ging und dann gab es noch 2 Minuten für das Feedback und für die Bewertung des Studenten. Nach 80 Minuten gab es eine kleine Pause von 20 Minuten. Dann kam noch mal ein 80 Minuten-Durchgang, auch wieder mit 8 Studenten und dann knapp 1 ½ Stunden Mittagspause. Heute gab es noch einen Durchgang nach der Mittagspause und die letzten zwei Tage gab es danach noch 2.

Demnach führte ein SP, der den ganzen Tag über im Einsatz war, Gespräche mit bis zu 32 Studenten, was 4 Durchgängen entspricht.

Die Rollenthemen, die im OSCE 2013 von den Probanden gespielt wurden, sind folgende:

- Herzneurose
- Zeuge eines psychogenen Anfalls

T14: Ich habe einen Patienten gespielt, der so ca. 30 Jahre alt ist, selbstständig, eine Firma für Softwareentwicklungen hat. Und die Ausgangssituation war eigentlich, dass er vor zwei Tagen in die Notaufnahme eingeliefert wurde mit Verdacht auf Herzinfarkt. Dann lief dort die erste Diagnostik und jetzt liegt er auf der Inneren Station. Es soll ein Arzt kommen, der ihm die Untersuchungsbefunde mitteilt und die Untersuchungsbefunde sind alle unauffällig. Es war also kein Herzinfarkt, es gibt keine organische Ursache für die Beschwerden und der Student soll dann versuchen, mich zu überzeugen, dass es die Möglichkeit einer psychosomatischen Genese gibt und mich dann auf ein psychosomatisches Konsil vorbereiten.

T2: [...] Jetzt zum Schluss war das diese Prüfung der Medizinstudenten in Psychosomatik und dort habe ich den Sohn eines Mannes gespielt, der einen psychogenen Anfall hatte.

6.5.3 Die Herausforderung des Einsatzes im OSCE

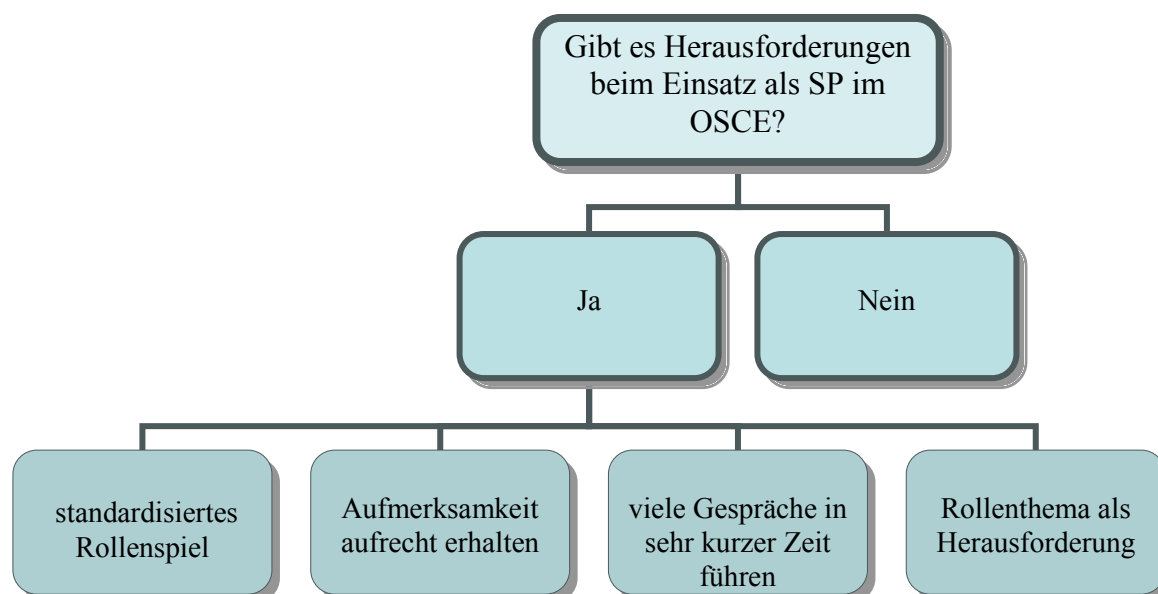


Abb.19: Teilnahme am OSCE als SP- eine besondere Herausforderung?

Ein/eine Proband/-in berichtete im Interview, dass der Einsatz als SP im OSCE keine Herausforderung war, da man aufgrund des begrenzten zeitlichen Rahmens nur auf die Fragen des Arztes reagieren musste (T1).

Die übrigen Studienteilnehmer, die im OSCE 2013 involviert waren, beschrieben jedoch unterschiedliche herausfordernde Aspekte. Zum einen sei es wichtig, dass jeder Student ähnliche Prüfungsbedingungen erhält. Somit müssten die SP darauf achten, jedes Rollenspiel in etwa gleich zu gestalten, wie in der folgenden Aussage deutlich wird:

T2: Herausforderungen waren: ich habe darauf geachtet, dass ich das Gespräch jedes Mal ungefähr gleich gestalte, dass die Situation für die Studenten immer gerecht ist, dass ich nicht bei einem von mir aus schon viel erzähle ohne dass er viel fragt und bei einem anderen sehr verschlossen bin, sondern dass ich da ungefähr immer die gleichen Antworten gebe und gleich viel sage, dass die Prüfungssituation für alle Studenten gerecht ist. Das ist nach einiger Zeit natürlich auch sehr ermüdend, weil man so häufig hintereinander dasselbe wiederholt. [...]

Aufgrund dieser Standardisierung und der Vielzahl der Prüflinge pro Tag fiel es den SP oft schwer, aufmerksam zu bleiben (T2). Der OSCE ist außerdem eine besondere Situation, da alle Gespräche in kurzer Zeit geführt werden müssen. Die Prüflinge sind sehr aufgeregt, es herrscht eine angespannte Atmosphäre:

T4: Die Situation des OSCE sind diese vielen Stationen, dass die Studenten unwahrscheinlich schnell umdenken müssen und das da so eine gewisse Gehetztheit drin war. [...]

Einige Probanden (T13, T14) gaben auch an, dass sie ihr Rollenthema im OSCE als besondere Herausforderung erlebt haben:

T14: [...] Herausforderung war, es glaubwürdig zu übermitteln, wie sich die Symptome angefühlt haben - mit dem Herzrasen, Herzschmerzen. [...]

6.5.4 Wie gelingt das „Ausrollen“ beim OSCE?

Zwei Probanden berichteten, dass sie sich innerhalb eines Prüfungsdurchganges nicht ausgerollt haben, da hierfür die Zeit (2 Minuten) zu knapp war.

Die übrigen Befragten erklärten im Interview, dass die Distanzierung von der Rolle auch innerhalb des begrenzten Zeitraums realisiert werden konnte. Dazu haben sie verschiedene Methoden angewendet:

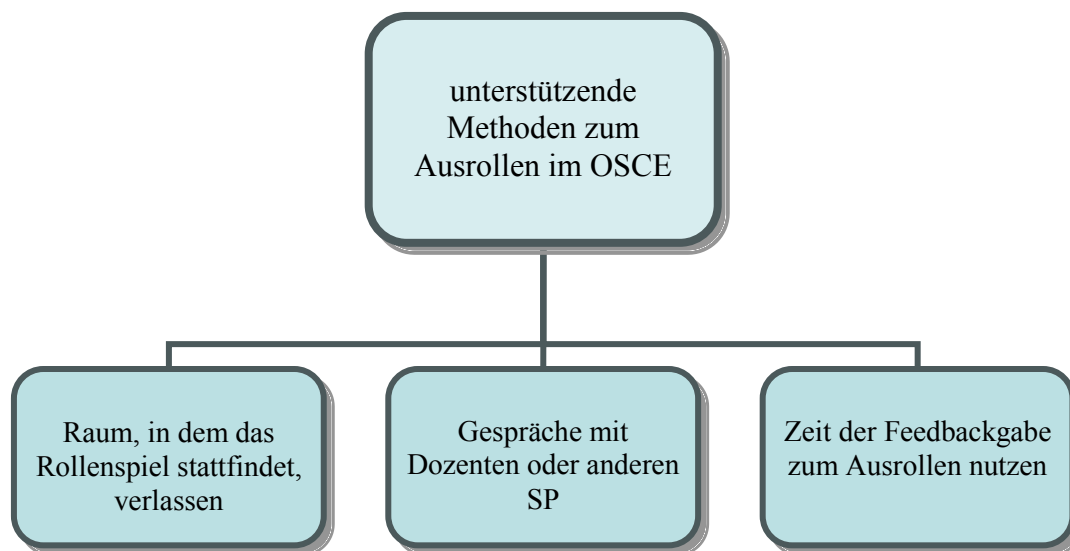


Abb.20: Unterstützende Methoden zur Distanzierung von der Rolle im OSCE

Gerade zwischen den Prüfungsdurchgängen konnte man den Prüfungsraum verlassen, was ein/eine SP nutzte, um sich von der Rolle zu distanzieren:

T4: Doch, ein bisschen ausrollen kann man. Ich mache das, in dem ich den Raum verlasse. Ich bin dann in die Küche gegangen und habe dort einen Tee oder ein Wasser getrunken [...] Ich glaube, es wäre problematisch gewesen, wenn ich die ganze Zeit in dem Raum geblieben wäre. [...]

Ebenso halfen Gespräche mit den Dozenten oder mit anderen SP, um sich auch innerhalb der Prüfungsdurchgänge von der Rollenfigur zu entfernen:

T14: Ja, aber eigentlich hat das erstaunlich gut geklappt. [...] dann gab es ja immer noch 2 Minuten, wo jetzt kein Student im Raum war. Da habe ich mich dann mit der Prüferin unterhalten. Das waren natürlich größtenteils noch mal Diskussionen über die Bewertung, aber auch private Diskussionen oder Gespräche [...]

Des Weiteren konnte man die Zeit der Feedbackgabe nutzen, um das Ausrollen zu erleichtern:

T14: Während ich das Feedback gegeben habe, war das Ausrollen eigentlich schon dabei [...]

6.5.5 Wie geht es den SP nach einem OSCE- Tag?

Nach einem OSCE- Tag gab es positive und negative Rückmeldungen von den SP. Zum einen fühlten sich die Probanden oft müde und erschöpft (T2, T14). Aufgrund der Standardisierung des Rollenspiels wurde die Tätigkeit im Tagesverlauf zunehmend als langweilig empfunden:

T1: Also mittags war ich froh, dass ich gehen konnte. [...] am Tag während dem Spielen habe ich gemerkt, jetzt gucke ich auf die Uhr, es wird jetzt auch langweilig, immer wieder dasselbe zu machen [...] die Antworten sind ja auch mehr oder weniger immer die Gleichen gewesen.

Eine Probandin beschrieb einen OSCE- Tag als Anstrengung:

T4: Ich bin jetzt eigentlich ganz froh, dass der Tag rum ist. [...] Aber anstrengend ist es, das ist schon so. [...]

Dennoch möchten die befragten SP gern wieder am OSCE teilnehmen (T2, T1). Sie fanden es interessant, eine Prüfungssituation im Medizinstudium zu erleben (T2) und hatten Spaß an der Arbeit, wie die nachfolgende Aussage zeigt:

T4: [...] Ich freue mich auch wieder auf morgen. Ich freue mich auch, dass es morgen wieder neue Studenten sein werden. [...] ich freue mich, dass es morgen wieder weiter geht. [...] ich mache das eigentlich gern. [...]

6.5.6 Vergleich zwischen dem Einsatz als SP in einer Lernsituation mit dem Einsatz als SP in einer Prüfungssituation

Die nachfolgende Tabelle zeigt eine Übersicht zu den von den SP aufgeführten Vergleichspunkten:

Tabelle 2: Einsatz als SP in einer Lernsituation und in einer Prüfungssituation

Vergleich	SP in Lernsituation (Bsp. SkillsLab oder Seminar)	SP in Prüfungssituation (Bsp. OSCE)
Zeitfaktor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ deutlich mehr Zeit ▪ pro Gespräch ca. 15 Minuten ▪ weniger Zeitdruck 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sehr wenig Zeit ▪ pro Gespräch im OSCE 6 Minuten ▪ mehr Zeitdruck
Interpretation und Gestaltung der Rolle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ mehr Gestaltungs- und Interpretationsmöglichkeiten ▪ mehr aktives Verhalten des SP (eher agieren) ▪ Gesprächsinhalte größer und detaillierter ▪ mehr Freiraum, weniger Standardisierung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wenig Gestaltungs- und Interpretationsmöglichkeiten ▪ mehr passives Verhalten des SP (eher reagieren) ▪ knapper Gesprächsinhalt, weniger detailliert ▪ wenig Freiraum, sehr standardisiert
Feedbackgabe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Feedbackgabe des SP detaillierter möglich ▪ Studenten geben auch Rückmeldung an SP ▪ Zeit für Klärung offener Fragen beim Feedback 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ im OSCE: 1/2 Minute bis 1 Minute Zeit für Feedbackgabe des SP ▪ Feedback kurz, klar strukturiert, sehr standardisiert ▪ Studenten geben an SP keine Rückmeldung ▪ keine Zeit für Klärung offener Fragen

Die befragten SP werden sowohl gern in einer Lernsituation, wie einem Seminar, als auch in einer Prüfungssituation, wie dem OSCE, eingesetzt. Einige Studienteilnehmer finden den großen Gestaltungsspielraum, den die Lernsituation bietet, angenehm:

T14: Da [Lernsituation] kann man natürlich viel mehr auf Details eingehen und viel mehr auf die Kommunikation achten. Da ist natürlich auch der Inhalt des Gespräches viel größer [...] man hat vielmehr Freiraum, die Rolle anders zu gestalten, weil es nicht um die Bewertung geht und nicht so standardisiert sein muss [...]

Des Weiteren betrachten es einige SP als hilfreich, wenn sie nach dem Rollenspiel und ihrer Feedbackgabe an die Studenten selbst eine Rückmeldung bekommen. Dies fehlt in einer Prüfungssituation:

T4: [...] in der Seminargruppe [...] die Studenten geben dann ja auch ein Feedback. Das geht ja hier in der Prüfung überhaupt nicht. [...] Ich kriege keine Hinweise für mein Spiel zurück, was ich ja in der Seminargruppe kriege. [...] Das ist ein bisschen schade, aber es geht nicht, dass ist klar.

Dennoch ist auch die Prüfungssituation eine reizvolle Herausforderung, wie das nachfolgende Zitat verdeutlicht:

T1: Das kann ich nicht sagen, was mir lieber ist [...] bei der Prüfung ist es eben sehr kurz. Aber durch das Tempo hat das auch etwas.

6.6 Zusammenfassung der Ergebnisse und Hypothesenbildung

Ausgehend von den in der Zielstellung genannten Forschungsfragen und abgeleitet vom gebildeten Kategoriensystem können folgende Hypothesen formuliert werden:

H 1: Die Tätigkeit als SP beeinflusst Arztbeziehungen in der Realität.

- SP sind seit ihrer Tätigkeit aufmerksamer im Arzt-Patient-Gespräch.
 - SP treten seit ihrer Tätigkeit im Arzt-Patient-Gespräch selbstbewusster auf.
 - SP können sich seit ihrer Tätigkeit besser in die Perspektive des Arztes versetzen.
- ⇒ SP haben seit ihrer Tätigkeit mehr Verständnis für den Zeitmangel der Ärzte.
- ⇒ SP konzentrieren sich seit ihrer Tätigkeit bewusst auf die wesentlichen Aspekte im Arzt-Patient-Gespräch.

H 2: Die Tätigkeit als SP beeinflusst den Umgang mit dem persönlichen Umfeld.

- Die Tätigkeit als SP verbessert die Gesprächsführung und den Umgang mit Konfliktsituationen.
 - Die Tätigkeit als SP führt zu häufigerem Perspektivenwechsel.
 - Die Tätigkeit als SP verbessert die Formulierung von Kritik.
 - Die Tätigkeit als SP führt zu einer kritischeren Beobachtung der eigenen Person und des Umfeldes.
 - SP messen seit ihrer Tätigkeit der Körpersprache eine größere Bedeutung bei.
 - Die Tätigkeit als SP führt zu einem Wissenszuwachs.
- ⇒ SP werden zu Ratgebern im persönlichen Umfeld.

H 3: Es existieren negative Effekte der Simulationen auf die SP.

- Beanspruchung des SP durch Schwierigkeiten beim Ablegen der Rolle
- Belastung des SP, wenn das Formulieren des kritischen Feedbacks schwerfällt
- Unzufriedenheit des SP durch unerwartet kompliziert verlaufende Gespräche
- Frustration des SP, wenn Feedback von Studierenden nicht angenommen wird
- Nervosität des SP vor den Einsätzen
- Stress durch organisatorischen Aufwand der Tätigkeit als SP
- Belastung der Arzt-Patient-Beziehung durch genaue Beobachtungsfähigkeit des SP
- Ermüdung des SP bei mehrfachen Rollenspiel hintereinander

H 4: Der Einsatz als SP in einer Prüfungssituation ist eine größere Herausforderung als in einer Lernsituation.

Diese Hypothese stützt sich auf die folgenden Aussagen der SP:

- Arbeitsumfang und Zeitdruck sind bei einer Prüfungssituation größer als bei der Lernsituation.
- In der Prüfungssituation erhalten die SP von den Studenten keine Rückmeldung zu ihrer Spielweise, in der Lernsituation erfolgt dies.
- In der Prüfungssituation wird auf Standardisierung der Rolle Wert gelegt, während dem SP in der Lernsituation mehr Gestaltungsspielraum zur Verfügung steht.

Die Hypothesen 1 und 2 können durch eine Selbsteinschätzung der SP vor und nach ihrer Ausbildung quantitativ überprüft werden (zum Beispiel in Form eines Fragebogens). Ebenso ist eine Analyse quantitativer Art bei Hypothese 3 und 4 möglich.

7 Diskussion

7.1 Bezug zur Fragestellung

Die vorliegende Dissertationsarbeit soll die Rekrutierung und Ausbildung von SP durch Betrachtung der nachfolgenden Fragestellungen unterstützen (siehe auch Kapitel 4):

Zum einen untersuchte man, wodurch die Aufmerksamkeit der SP auf das Projekt erregt wurde und was die Motivation war, sich daran zu beteiligen. Für die Auswahl und die Ausbildung der SP ist ebenso bedeutend, welche Effekte diese Tätigkeit für die SP selbst mit sich bringt. Vor allem der Einfluss der Tätigkeit auf die Arzt-Patient-Beziehungen und auf das persönliche Umfeld der SP stellte hierbei den Gegenstand der Untersuchung dar. Außerdem war es von besonderem Forschungsinteresse herauszufinden, ob negative Effekte der Simulationen auf die SP aufgetreten sind. Zum anderen erfolgte der Vergleich des Einsatzes von SP in einer Lehrsituation mit dem Einsatz in einer Prüfungssituation, um so Anhaltspunkte für eine spezifische Vor- und Nachbereitung zu erhalten.

7.2 Argumente für die Grundidee der Untersuchung

Das Interesse an dem Thema „Wie geht es den SP?“ wurde unter anderem durch die eigenen Erfahrungen während der Tätigkeit im Rahmen des Wahlfaches „Arzt-Patient-Kommunikation in schwierigen Situationen (Medizinstudenten als SP)“ geweckt. Diese Veranstaltung wird seit dem Sommersemester 2010 im klinischen Studienabschnitt an der Friedrich-Schiller-Universität Jena für das Fach Psychosomatik angeboten (Philipp, 2011).

Die in der Literatur vorhandenen Studienergebnisse zum Wohlergehen der SP bei der Simulation von Erkrankungen sind gering. Im Fokus stehen eher die Umsetzbarkeit, der Aufwand und die Kosten beim Einsatz von SP in der medizinischen Lehr- und Weiterbildung. Mehrere Autoren fordern daher seit Jahren, diesem Aspekt mehr Aufmerksamkeit zu widmen (Bokken, 2004, Boerjan, 2008, Lorkowski, 2011), was ein weiteres Argument für die Untersuchung darstellt.

Aufgrund der geringen Forschungsergebnisse zum Thema und der kleinen Gesamtstichprobe (insgesamt 16 Probanden) wurde die Datenerhebung und -auswertung qualitativ durchgeführt. Ziel war es, neue, bisher unbekannte Sachverhalte zu entdecken und damit die Annäherung an diese noch wenig erforschte Thematik zu fördern (Mayring, 2002).

7.3 Methodische Diskussion

7.3.1 Gütekriterien

Ein wichtiges Merkmal qualitativer Forschung ist die Überprüfung der Untersuchungsergebnisse anhand von Gütekriterien (Mayring, 2002). Dabei wird zunächst die Validität betrachtet. Die Validität bezeichnet die Gültigkeit der Ergebnisse. Zur Überprüfung des Kriteriums muss man sich die Frage stellen, ob die Dissertation tatsächlich das erfasst, was untersucht werden sollte (Mayring, 2002).

Dieser Aspekt wurde beachtet, da der für die Datenerhebung erarbeitete Interviewleitfaden von Schwerpunkten ausgeht, die sich auf die grundlegenden Forschungsfragen beziehen (siehe Kapitel 4 und Kapitel 5.4). Unter Beachtung dieser Schwerpunkte entwickelte man zugehörige Leitfragen. Die nachfolgende Tabelle verdeutlicht, dass in der Datenerhebung die Aspekte betrachtet wurden, die den ursprünglichen Fragestellungen entsprechen:

Tabelle 3: Umsetzung der Forschungsfragen im Interviewleitfaden

Forschungsfragen	Umsetzung im Interviewleitfaden
1. Aufmerksamkeit der SP auf Projekt	Leitfragen zum Thema "Allgemeines"
2. Motivation der SP zur Teilnahme	
3. Effekte der Tätigkeit als SP: ⇒ Einfluss auf Arzt-Patient-Beziehung ⇒ Einfluss auf persönliches Umfeld ⇒ Existenz negativer Effekte	Leitfragen zum Thema " Welchen Einfluss hat die Tätigkeit als SP auf die Arztbeziehungen in der Realität?" Leitfragen zum Thema "Welchen Einfluss hat die Tätigkeit als SP auf die Beziehungen zum persönlichen Umfeld?" Leitfragen zum Thema "Gibt es negative Effekte der Simulationen auf die SP?"
4. Gegenüberstellung: Einsatz als SP in Lehrsituation und Prüfungssituation	Leitfragen zum Thema "Wie gestaltet sich der Einsatz als SP in Prüfungssituationen?"

Der vollständige Interviewleitfaden ist im Anhang zu finden.

Im Sinne der Konstruktvalidität muss außerdem kontrolliert werden, ob bei der Entstehung der Kategoriensysteme im Rahmen der Datenauswertung schrittweise und theoriegeleitet vorgegangen wurde (Mayring, 2009).

Dieses Kriterium kann ebenso positiv bewertet werden, da bei der Erarbeitung der Kategorien darauf geachtet wurde, systematisch von der Grobstruktur zur Feinstruktur vorzugehen (Mayring, 2002). Zunächst kam es zur Sammlung der relevanten Aussagen. Anschließend erfolgte deren Paraphrasierung, Reduktion und Zusammenfassung (siehe Kapitel 5.6), was zur Festlegung der Kategorien führte. Erst durch Suche nach Gemeinsamkeiten innerhalb der Kategorien entwickelte sich eine Feinstruktur in Form zahlreicher Unterkategorien.

Die Ergebnisse müssen neben der Validität auch hinsichtlich der Reliabilität eingeschätzt werden. Dieses Gütekriterium bezeichnet die Genauigkeit. Es geht darum, sich zu vergewissern, ob der Forschungsgegenstand exakt erfasst wurde (Mayring, 2002). Um die Intracoder-Reliabilität zu gewährleisten (siehe Kap. 5.6), wurde das Kategoriensystem am Ende der Datenauswertung ein zweites Mal von der Autorin kontrolliert. Hierbei wurde überprüft, ob die verwendeten Ankerbeispiele tatsächlich nur in eine Kategorie eingeordnet werden können, da im Kategoriensystem keine Überlappungen auftreten dürfen (Mayring, 2002). Diese eindeutige Zuordnung war in den meisten Fällen möglich. Einige wenige Analyseeinheiten sind jedoch sehr knapp ausgefallen und konnten somit nicht eindeutig in eine bestehende Kategorie eingeordnet werden. Dies kann die Genauigkeit der Ergebnisse beeinträchtigen (Nodop, 2013, Philipp, 2003).

Das letzte Gütekriterium, welches hier betrachtet werden soll, ist die Objektivität. Hierzu zählt die Intercoder-Reliabilität (Mayring, 2009), bei welcher die Überprüfung der gebildeten Kategorien durch verschiedene Rater erfolgt. Zu diesem Zweck ordnete eine Arbeitsgruppe, bestehend aus 5 Personen, stichprobenartig ausgewählte Ankerbeispiele vorgegebenen Kategorien zu (siehe Kapitel 5.6). Anschließend wurden die Ergebnisse mit denen der Autorin verglichen. Rückgemeldete Korrekturvorschläge bezogen sich auf die Anzahl der Unterkategorien, es waren teilweise zu viele, sehr detaillierte Unterkategorien, und auf einige Ankerbeispiele, die nicht eindeutig zugeordnet werden konnten. Daraufhin kam es zu einer Überarbeitung der Differenzierung des Kategoriensystems, indem einzelne Unterkategorien zusammengefasst wurden. Da die Auswahl der Ankerbeispiele für die Kontrolle der

Arbeitsgruppe nur stichprobenartig erfolgte, ist es denkbar, dass verbesserungswürdige Aspekte unbeachtet blieben, wodurch die Intercoder-Reliabilität beeinflusst wird.

7.3.2 Kritikpunkte und Fehlerquellen bei der Datenerhebung

Zur Erhebung der Daten dieser Dissertation gehört die Auswahl der Stichprobe, die Erstellung des Interviewleitfadens, das Führen der Interviews, die Aufnahme derer mit einem Diktiergerät, sowie die Transkription der Tondateien (siehe Kapitel 5). In jedem dieser einzelnen Arbeitsschritte können Fehler auftreten, die die Erhebung und Auswertung der Daten beeinflussen. Daher sollen sie in diesem Kapitel diskutiert werden.

In Folge der Umsetzung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden nur die SP in die Untersuchung einbezogen, die im Jahr 2011 und 2012 aktiv im Rahmen der medizinischen Aus- und Weiterbildung an der Friedrich-Schiller-Universität Jena im Einsatz waren (siehe Kapitel 5.2). Einerseits ist diese Festlegung günstig, um zu gewährleisten, dass die Erinnerung der SP an ihre Einsätze noch möglichst aktuell ist. Aber andererseits muss bedacht werden, dass in Folge dieses kurzen Zeitraumes nur relativ wenig Probanden für die Untersuchung geeignet sind. Die Stichprobe fiel demnach sehr klein aus: von den 38 SP, die die genannten Kriterien erfüllten, stimmten nur einige der Herausgabe ihrer Kontaktdaten zu. Somit wurden letztlich 32 SP in einem Anschreiben über das Studienvorhaben informiert und eingeladen, sich daran zu beteiligen. Von den kontaktierten Personen erklärten sich schließlich 16 bereit, an den Interviews teilzunehmen. Die Studie konnte somit keine repräsentativen Ergebnisse erzielen, sondern konzentriert sich auf explorative Aussagen.

Da die Kommunikation meist über E-Mail stattgefunden hat, wurden nur selten Gründe für die Ablehnung der Befragung geäußert, meist erfolgte keine Reaktion auf die Anfrage. Dies ist ein deutlicher Nachteil des gewählten Kommunikationsweges, der oft als unpersönlich empfunden wird. Fraglich wäre, ob man mit Telefonaten oder Briefpost mehr Probanden gewinnen könnte.

Einige SP nannten jedoch Gründe für ihre Absage, wie ein progressiver Krankheitsverlauf oder Schwierigkeiten im Kontakt mit Kameras und Diktiergeräten. Das Interview, bei welcher die Aufnahme des Gesagten erfolgte, wurde demnach als eine unangenehme Situation empfunden, auf die man gern verzichten wollte. Diskussionsbedarf besteht bezüglich der Frage, ob diejenigen, die unbegründet die Teilnahme abgelehnt haben, weniger Engagement zeigen als die Probanden. Demzufolge hätten sich nur die engagierten SP auf die Anfrage gemeldet, was die Ergebnisse beeinflussen könnte.

Des Weiteren muss beachtet werden, dass SP von zwei unterschiedlichen Instituten des Universitätsklinikums Jena an der Untersuchung teilgenommen haben. Die Mehrheit der SP (12) wurde am Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie ausgebildet, 4 SP am Institut für Allgemeinmedizin. Innerhalb der Ausbildung gibt es keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Instituten. In beiden Einrichtungen werden die SP zunächst von den Dozenten über das zu lehrende Krankheitsbild informiert, anschließend wird die Rollenfigur entwickelt, sowie das Feedbackgeben trainiert. Zum Abschluss des Einsatzes werden Supervisionen durchgeführt (Philipp, 2011, Brenk- Franz, 2010).

Die Einsätze der SP gestalten sich allerdings unterschiedlich. SP des Instituts für Allgemeinmedizin spielen oft dieselbe Rolle über mehrere Semester, während SP des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie in der Regel unterschiedliche Rollen innerhalb eines Semesters darstellen. Außerdem werden die SP der Allgemeinmedizin nicht nur im Rahmen der klinischen Ausbildung von Medizinstudenten, sondern auch bei ärztlichen Weiterbildungsveranstaltungen eingesetzt. Die SP des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie spielen ihre Rollen hingegen in vorklinischen Lehrveranstaltungen für Medizinstudenten. Zu beachten ist weiterhin, dass 7 der 12 befragten SP des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie Teilnehmer des klinischen Wahlfaches „Medizinstudenten als SP“ waren. Das heißt, sie haben dieses Lernformat bereits selbst in ihrer eigenen vorklinischen Ausbildung erlebt.

Die Erfahrung eines Einsatzes in einer Prüfungssituation (OSCE 2013) haben insgesamt 5 Probanden gemacht, 2 SP vom Institut für Allgemeinmedizin und 3 SP vom Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie.

Bezüglich der Zusammensetzung der Stichprobe kann ebenso kritisch betrachtet werden, dass keine gleichmäßige Geschlechts- und Altersverteilung vorlag (siehe Kapitel 5).

Hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit der Probanden überwiegen Personen in der Ausbildung und Menschen im Ruhestand (siehe Kapitel 5). Dies ist vor allem auf das bereits erwähnte klinische Wahlfachangebot („Medizinstudenten als SP“) zurückzuführen und muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Kritikpunkt der Studie ist außerdem, dass sich die Stichprobe aus SP zusammensetzte, die sich in der Dauer ihrer Tätigkeit voneinander unterschieden (siehe Kapitel 5). Die meisten Probanden

(10) waren 2 bis 3 Jahre als SP tätig. Doch es gab ebenso Studienteilnehmer, die sich erst seit 1 Jahr (Minimum) oder aber seit 5 ½ Jahren (Maximum) an dem Programm beteiligten.

Die Zusammensetzung der Stichprobe war demnach sehr heterogen, auch wenn es sich bei allen Befragten allgemein um SP des Universitätsklinikums Jena handelt. In der Dissertationsarbeit werden keine Zusammenhänge zwischen den entwickelten Hypothesen und der Dauer der SP-Tätigkeit, der beruflichen Ausbildung, der Geschlechts- und Altersverteilung, sowie der Institutszugehörigkeit dargestellt. Die explorativen Aussagen beziehen sich lediglich allgemein auf Personen, die im Jahr 2011 und 2012 aktiv am Universitätsklinikum Jena als SP tätig waren.

Des Weiteren muss bei der Entwicklung des Interviewleitfadens auf die Vermeidung möglicher Fehlerquellen geachtet werden. Die Leitfragen sollten zum einen die Forschungsthemen dieser Dissertation vollständig abdecken, was auch realisiert werden konnte (siehe Kapitel 7.3.1). Zusätzlich war es jedoch notwendig, sich bei der Erarbeitung des Leitfadens auf eine begrenzte Anzahl von Schwerpunkten zu konzentrieren, um die Interviewdauer auf einen angemessenen Zeitraum zu beschränken und somit respektvoll mit der Zeit der Probanden umzugehen (Aghamanoukjan, 2009). Dies war auch im Hinblick auf die Transkription relevant, da dieser Arbeitsschritt etwa sechsmal so lange dauert wie das zuvor geführte Gespräch (Richards, 2005 , Höld, 2009). Letztlich mussten die Probanden für die Interviews etwa 30 bis maximal 60 Minuten einplanen. Kritikpunkt bei der Betrachtung dieses Aspektes ist, dass die Einhaltung des zeitlichen Rahmens der Untersuchung die Vollständigkeit der Datenerhebung beeinträchtigen könnte und umgekehrt.

Die Untersuchung wurde in Form von halbstandardisierten Interviews durchgeführt (siehe Kapitel 5), die mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und später transkribiert wurden. Bei dieser Methode müssen mögliche Fehlerquellen beachtet werden, wie z.B. akustische Missverständnisse.

Außerdem ist es möglich, die Probanden in ihren Äußerungen als Interviewführer zu beeinflussen, indem Suggestivfragen gestellt, Aussagen der Probanden kommentiert oder Fragen wiederholt werden (Hopf, 1991). Auch wenn während der Gespräche sorgfältig auf die Vermeidung dieser Fehlerquellen geachtet wurde, kann dieser Kritikpunkt dennoch nicht außer Acht gelassen werden. In den Interviews dominierten weitgehend offene Fragestellungen durch den Interviewführer. Diese sollten den Probanden die Möglichkeit geben, möglichst uneingeschränkt von ihren Sichtweisen und Erfahrungen zu berichten. Doch in wenigen Fällen wurden versehentlich Suggestivfragen gestellt, dieser Fehler besserte sich jedoch mit zunehmender Anzahl der geführten Interviews.

Kritikpunkt dieser Untersuchung ist ebenso, dass sich der Gesprächsverlauf durch Mimik und Gestik des Interviewführers verändern lässt. Um dieser Fehlerquelle entgegenzuwirken, sollte auf eine möglichst unvoreingenommene Haltung geachtet werden (Hopf, 1991). Dennoch kann dieser Aspekt die Datenerhebung beeinflussen, da die Subjektivität des Interviewers nicht vollständig vermeidbar ist.

Des Weiteren muss bedacht werden, in welcher räumlichen Atmosphäre die Interviews erfolgen, da dies ebenso den Gesprächsverlauf beeinflussen kann (Hopf, 1991). Die Datenerhebung dieser Dissertationsarbeit fand an unterschiedlichen Orten statt. Es wurde versucht, einen Treffpunkt zu finden, der für die Probanden gut erreichbar war und an dem sie sich wohl fühlen konnten. Demnach erfolgten die meisten Gespräche entweder im Institut für Allgemeinmedizin oder im Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena. Diese Treffpunkte waren den SP bereits durch ihre Ausbildung bekannt. Folglich ist davon auszugehen, dass dieser Aspekt die Datenerhebung nicht oder nur in äußerst geringem Maß beeinträchtigt.

Ein weiterer Kritikpunkt bei der Durchführung der Interviews ist, dass man auf eine zusätzliche Protokollierung der Eindrücke des Interviewführers während des Gespräches verzichtete. Die nonverbale Kommunikation beider Gesprächspartner wurde nicht erfasst und dokumentiert. Im Interview und bei der anschließenden Transkription stand der Gesprächsinhalt im Vordergrund (siehe Kapitel 5). Bei der Datenauswertung und Fehleranalyse kann es jedoch vorteilhaft sein, diese Aspekte mehr zu beachten. Denkbar wäre, eine zusätzliche dritte Person in die Interviews mit den SP einzubeziehen, die sich gezielt auf die Wahrnehmung möglicher Fehlerquellen konzentriert und diese dokumentiert. Bei der späteren Transkription des Gesagten kann dann vermerkt werden, welchen Einflüssen das geführte Interview unterlag (Hopf, 1991).

Bei der Aufnahme der Gespräche mit dem Diktiergerät sollte man darauf achten, dass die Daten abgehört und akustisch verstanden werden können (Höld, 2009). Die Audiodateien dieser Dissertationsarbeit konnten problemlos abgespielt werden, es traten keine Probleme im Bereich der Akustik auf.

Die Transkription der Tondateien in Textdateien erfolgte wörtlich, es fand eine Übertragung des Gesprochenen in normales Schriftdeutsch statt (siehe Kapitel 5). Da, wie bereits erwähnt, der Inhalt der Gespräche von besonderem Forschungsinteresse war, wurde auf Verwendung des Internationalen Phonetischen Alphabets (IPA) und auf literarische Umschrift verzichtet.

Vorteil der gewählten Methode ist die gute Lesbarkeit des Transkriptes. Des Weiteren ist die Transkription unter Verwendung der IPA wesentlich zeitaufwändiger und für die zu untersuchende Fragestellung nicht relevant (Höld, 2009). Bei der Übertragung der Tondateien in normales Schriftdeutsch kann jedoch kritisiert werden, dass die individuelle Besonderheit des Gesprochenen verloren geht und damit auch nicht in der Auswertung berücksichtigt werden kann (Kowal, 2003, Höld, 2009).

7.4 Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel sollen die gewonnenen Ergebnisse kritisch betrachtet und diskutiert werden. Zur besseren Nachvollziehbarkeit erfolgt eine Anlehnung der Gliederung an den Ergebnisteil der Arbeit (siehe Kapitel 6).

7.4.1 Aufmerksamkeit auf das Projekt und Motivation zur Teilnahme

Die befragten SP wurden, wie in Kapitel 6 dargelegt, durch das persönliche Umfeld, Veranstaltungen im Medizinstudium und durch Printmedien auf das SP- Programm aufmerksam. Nach den Angaben der Literatur dienen hauptsächlich Aushänge, Flyer und Mailverteiler der Rekrutierung von SP am Universitätsklinikum Jena (Brenk- Franz, 2010).

Motivierend für die Teilnahme an dem Projekt war die Neugier und der Spaß daran, der erwartete Lerneffekt in Folge der Tätigkeit, die Suche nach einer sinnvollen Beschäftigung im Ruhestand, die Bezahlung, die sozialen Kontakte, sowie allgemein das Interesse am Schauspiel (siehe Kapitel 6). Ein Teil der genannten Motivationshintergründe (soziale Kontakte, Geld, Schauspiel) fand sich auch in den Ergebnissen früherer Studien (Bokken, 2004, McNaughton, 1999).

Bei der Frage nach der Motivation muss jedoch beachtet werden, dass die Probanden beim Antworten gegebenenfalls vom Effekt der sozialen Erwünschtheit beeinflusst wurden (Hopf, 1991). Nur wenige SP nannten die Bezahlung als motivierenden Faktor und wenn, dann meist zögerlich, wie das nachfolgende Zitat zeigt:

T15: [...] Ja, ich meine, da ich ja keinerlei Einkünfte habe, ist es ja auch nicht verkehrt, dass man da wenigstens ein bisschen Aufwandsentschädigung bekommt. Das ist für mich auch eine kleine Anerkennung [...]

Die Studie von Spencer et al. aus dem Jahr 2006 hebt hervor, dass bei der Rekrutierung und Auswahl der SP nicht nur auf das schauspielerische Talent zu achten sei. Die Tätigkeit erfordere auch ein hohes Maß an Flexibilität und Improvisationsfähigkeit. Die Gründe für die Beteiligung am SP-Programm könnten sich signifikant auf die Rollendarstellung auswirken, auf die mögliche Beeinflussung des SP durch Verkörperung der Rollenfigur, sowie auf die Fähigkeit, sich von der Rolle zu distanzieren (Spencer and Dales, 2006). Daher sollte auch diesem Aspekt der SP-Ausbildung eine hohe Bedeutung beigemessen werden.

7.4.2 Rollenthemen

Bei der Wahl der Rollenfigur sollte der Ausbilder besonders auf den jeweiligen Charakter des SP achten. Einige SP haben Freude an Rollen, die viel Spielraum für Improvisation lassen, andere möchten lieber passive Figuren darstellen, die mehr auf die Fragen des Arztes reagieren. Charakterferne Rollen sind nach Angaben der Probanden eine besondere Herausforderung, da sie schwerer zu spielen sind als Figuren, die dem eigenen Charakter ähneln (siehe Kapitel 6).

Doch auch wenn die Darstellung einer dem eigenen Leben ähnlichen Rolle leichter fällt, müssen einige Aspekte hierbei besondere Berücksichtigung finden. Denn für die Befragten kann es problematisch sein, Rollfiguren darzustellen, die dem eigenen Leben sehr ähnlich sind (siehe Kapitel 6). Diese Erkenntnis ist jedoch nicht neu. Bei der SP-Ausbildung einiger Universitäten wird bereits darauf geachtet, dass die Gemeinsamkeiten der Rolle mit der eigenen Biografie des SP gering sind (Simmenroth-Nayda, 2007, Philipp, 2011). Die vorhandene Literatur unterstützt die Ergebnisse der Dissertation zu dieser Thematik. Bekannt ist, dass SP bei der Distanzierung von der Rolle mehr Unterstützung benötigen, wenn sich die eigenen Erfahrungen zu stark mit denen der Rollenfigur decken (Blake and Gusella, 2007, Spencer and Dales, 2006).

Man kann diesem negativen Effekt entgegenwirken, indem bei der Verteilung der Rollen darauf geachtet wird, dass nicht zu viele Parallelen zwischen der Rollenfigur und dem Leben des SP existieren. Eine gute Abstimmung zwischen den SP und den Dozenten ist dabei von großer Bedeutung. Wenn die Darstellung einer Rolle Probleme bereitet oder sogar zur Belastung wird, muss der Ausbilder davon erfahren, um darauf reagieren zu können. Die SP sollten mit den Dozenten offen über eventuelle Schwierigkeiten sprechen und an der Gestaltung der Rollenfigur mitwirken. Die nachfolgende Aussage einer SP zeigt, wie gut die Zusammenarbeit bei der Rollenentwicklung funktionieren kann:

T4: [...] Also ich habe ein ganz großes Problem mit dem Tod meines Vaters, der mit 50 Jahren starb. Das ist etwas, wenn das die Rolle gewesen wäre, wäre es für mich schwierig gewesen. [...] wir haben uns dann auf den Bruder geeinigt. Ich habe einen Bruder, der noch lebt, hoffentlich sehr lange. Meine andere Kollegin hat keinen Bruder, so dass das eine unverfängliche Sache war, mit der wir beide gut leben konnten.

Schwierigkeiten bei der Distanzierung von der Rolle existieren nach Aussage der Probanden auch bei palliativmedizinischen Themen (siehe Kapitel 6). Bei der Vorbereitung der SP auf ihre Einsätze kann auf diesen Aspekt hingewiesen werden. Des Weiteren sind gerade in diesem Kontext Nachbesprechungen besonders wichtig. Hier können die SP von ihren Erlebnissen berichten, wodurch die Verarbeitung des Erlebten, sowie die Distanzierung von der Rolle gefördert werden. Diese unterstützende Wirkung der Supervisionen ist bekannt, sie sind daher auch ein fester Bestandteil des SP- Programms am Universitätsklinikum Jena (Philipp, 2011, Brenk- Franz, 2010).

7.4.3 Der Gewinn der Arbeit als SP

Die befragten SP sehen in ihrer Tätigkeit einen vielfältigen Nutzen und persönlichen Gewinn (siehe Kapitel 6). In besonderer Weise profitieren die als SP tätigen Medizinstudenten des Universitätsklinikums Jena von der Arbeit:

Die Anamneseerhebung wird bei der Ausbildung zum SP und während der Einsätze trainiert. Außerdem lernen die Studenten in der Perspektive des Patienten die Vielfalt einer gelungenen Arzt-Patient-Kommunikation kennen. Die Erfahrungen als SP werden von allen befragten Medizinstudenten als nützlich für die eigenen Patientengespräche während des Studiums und die spätere berufliche Tätigkeit als Arzt betrachtet (siehe Kapitel 6). Die Integration von Medizinstudenten in das SP-Programm ist bislang noch nicht weit verbreitet. In der Literatur wurden keine Angaben zu ähnlichen Projekten anderer Universitäten gefunden. Die Ergebnisse dieser Studie unterstützen die Idee des klinischen Wahlfaches „Arzt-Patient-Kommunikation in schwierigen Situationen (Medizinstudenten als Schauspielpatienten)“, welches im Rahmen des Medizinstudiums an der Friedrich-Schiller-Universität Jena seit 2010 angeboten wird (Philipp, 2011).

7.4.4 Der Einfluss der SP-Tätigkeit auf die Arztbeziehungen in der Realität

Die Probanden äußerten im Interview sehr konkrete Vorstellungen, was ihnen bei einem Arztbesuch wichtig ist (siehe Kapitel 6.2): Der Arzt soll demnach ein empathischer, aktiver Zuhörer sein, der seine Patienten ernst nimmt und Verständnis für deren Belange zeigt. Die SP wünschen sich eine vertrauensvolle Beziehung zu ihm und legen Wert auf eine Vielzahl von Verhaltensweisen und kommunikativen Aspekten, was teilweise auch auf ihre Tätigkeit in der medizinischen Lehre zurückzuführen ist. Sie achten auf eine offene, freundliche Begrüßung durch den Arzt, bevorzugen offene Fragestellungen im Gespräch, möchten ohne Unterbrechungen von ihren Beschwerden berichten. Der Mediziner soll sich vollkommen auf den gesundheitlichen Zustand des Patienten konzentrieren und ein aufmerksamer Gesprächspartner sein. Die SP achteten bei der Formulierung ihrer Wünsche im Interview auf deren tatsächliche Umsetzbarkeit. So wurde beispielsweise bemerkt, dass real praktizierende Ärzte einem hohen Zeitdruck unterliegen und dass somit für den einzelnen Patienten sehr wenig Zeit bleibt. Diese Umstände, die nicht immer der Darstellung im Rollenspiel entsprechen, sind den Probanden bewusst. Sie äußerten bei der Befragung Verständnis dafür, möchten jedoch, dass der Mediziner die wenigen Minuten, die er hat, voll und ganz seinem Patient widmet und sich durch nichts ablenken lässt. Er soll damit dem Patient das Gefühl vermitteln, er nehme sich für ihn Zeit und sei für ihn da.

Die von den Studienteilnehmern genannten Vorstellungen zum Arztbesuch entsprechen zum Großteil den Angaben in der Literatur zu dieser Thematik. Eine Studie an der McMaster University aus dem Jahr 1995 kam zu dem Ergebnis, dass sich die Erwartungen der Probanden an praktizierende Ärzte seit der Tätigkeit als SP verändert haben (Woodward and Gliva-McConvey, 1995). In den Fokusgruppeninterviews gaben die 37 Probanden an, dass ein Arzt gute klinische Fähigkeiten und Kenntnisse besitzen, sich durch Empathie auszeichnen, den Patienten respektvoll behandeln und gut zu hören sollte.

Anhand dieser genauen Vorstellungen über einen idealen Arztbesuch ist erkennbar, dass SP bezüglich dieser Thematik als Experten fungieren. Sie werden in der Literatur als kritische Beobachter der eigenen Gesundheit und der Qualität der Pflege bezeichnet (Gillespie et al., 2009) und als Goldstandard in der Qualitätskontrolle eingesetzt (Simmenroth-Nayda, 2007). In ihrer Ausbildung lernen sie, wie sich eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation gestaltet. Das Erlernte wird mit der Realität verglichen, mit der Folge, dass die Erwartungen an einen guten Arzt höher werden und auch Missstände eher auffallen können. Die Autoren der Studie an der McMaster University (siehe zweiter Absatz Kapitel 7.4.4) haben zum Beispiel darauf

hingewiesen, dass einige ihrer Probanden aufgrund der höheren Erwartungshaltung den behandelnden Arzt gewechselt haben (Woodward and Gliva-McConvey, 1995).

In den Interviews zu dieser Dissertationsarbeit bestätigte die Mehrheit der Probanden, dass sich der Umgang mit Mediziner*innen seit der Tätigkeit als SP auffallend verändert hat (siehe Kapitel 6).

Die Probanden erwähnten zwar keine Arztwechsel, berichteten jedoch, dass die Beobachtung der Mediziner*innen seit der Tätigkeit als SP durchaus kritischer erfolgt, wie auch in der Literatur beschrieben (Gillespie et al., 2009, Boerjan, 2008). Im Arzt-Patient-Gespräch zeigt man nun eine erhöhte Aufmerksamkeit und bei der Beschreibung der Beschwerden konzentriert man sich auf das Wesentliche. Denn in Folge des Perspektivenwechsels, welcher Bestandteil der Ausbildung von SP ist (Philipp, 2006), besserte sich das Verständnis für den ärztlichen Zeitmangel. Dieser Wechsel der Perspektive ist auch bei anderen Studienergebnissen erkennbar. In einer Untersuchung aus dem Jahr 2008 gaben die befragten SP (8 Teilnehmer) der Universität von Gent in halbstrukturierten Interviews an, dass der Arztberuf schwierig ist (Boerjan, 2008).

Insgesamt gehen die Probanden seit der Tätigkeit als SP selbstbewusster zum Arzt. Sie wissen genauer, was sie möchten und können dies besser formulieren (siehe Kapitel 6.2.3). Die SP sind auf den Arztbesuch vorbereitet, sie kennen den Ablauf und wissen, was man unter einer gelungenen Kommunikation mit dem Patienten versteht. Auch andere Studien berichteten von der Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit in Folge der Tätigkeit als SP (Woodward and Gliva-McConvey, 1995, Wallach et al., 2001, Ortwein et al., 2006).

Eine Studie der University of Alabama aus dem Jahr 1998 beschäftigte sich ebenso mit der Frage, ob die Tätigkeit als SP die Beziehung zu den eigenen Ärzten beeinflussen kann. Das Projekt lief über 5 Jahre und bezog die am OSCE 1993, 1994 und 1995 beteiligten 164 SP ein. Die Probanden erhielten drei Fragebögen, einmal kurz vor ihrem Einsatz, dann kurz danach und abschließend ein Jahr nach dem OSCE. In der Befragung ging es um die Beurteilung der Interaktion mit Ärzten und um den eigenen Gesundheitszustand der SP. Die Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass in einer Gruppe die Arzt-Patient-Beziehung sowohl vor als auch nach der Beteiligung an der Prüfung positiv eingeschätzt wurde. In einer anderen Gruppe beobachtete man allerdings ein Jahr nach dem OSCE eine schlechtere Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes. Die Probanden dieser Gruppe fühlten sich von ihren Ärzten weniger verstanden und respektiert, die Zufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung verschlechterte sich (Rubin and Philp, 1998).

Die Probanden dieser Dissertationsarbeit berichteten nicht von jenen negativen Auswirkung auf die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit. Allerdings ist ein direkter Vergleich der Studienergebnisse nicht möglich, da sich das Studiendesign und die Zielgruppe beider Untersuchungen unterscheiden.

Obwohl die in dieser Arbeit interviewten SP Ärzte nun kritischer beobachten, lehnt die Mehrheit der Befragten eine Feedbackgabe an ihre eigenen Mediziner aus unterschiedlichen Gründen ab (siehe Kapitel 6). Die wenigen Probanden, die eine Rückmeldung formulieren, haben dies meist schon vor ihrer Tätigkeit als SP getan. Sie berichteten im Interview, dass sie nun genauer auf die Formulierung und Differenzierung des Feedbacks achten.

Die Verbesserung in der Feedbackgabe hat auch Woodward et al. beschrieben: die an der damaligen Studie (siehe 2. Absatz Kapitel 7.4.4) beteiligten SP beobachteten, dass sie in Folge der Tätigkeit eher fähig sind, Feedback auf nicht verletzende Weise zu formulieren (Woodward and Gliva-McConvey, 1995), allerdings wird das Feedbackgeben an den Arzt hierbei nicht explizit erwähnt.

Das Vorbringen einer konstruktiven Rückmeldung über die Empfindungen in der Patientenrolle ist ein bedeutender Bestandteil der Ausbildung von SP (Philipp, 2011). Die SP werden aufgrund ihrer Übung mitunter als Vorbilder für gutes Feedback betrachtet (Eicher, 2010). Umso interessanter ist dabei die Erkenntnis der vorliegenden Dissertationsarbeit, dass SP diese Fähigkeit im Kontakt mit ihren eigenen Ärzten selten gebrauchen und dass ihnen die Formulierung des Feedbacks mitunter sehr schwer fällt (siehe Kapitel 6).

7.4.5 Der Einfluss der Tätigkeit als SP auf die Beziehungen zum persönlichen Umfeld

Die Mehrheit der Probanden berichtete im Interview von Veränderungen im Kontakt mit Familienangehörigen oder Freunden seit der Tätigkeit als SP. Dazu zählt die Verbesserung der Gesprächsführung, der Formulierung von Kritik und des Umgangs mit Konflikten. Außerdem wird der Perspektivenwechsel häufiger angewendet. Es kommt zu einer kritischeren Beobachtung der eigenen Person und des Umfeldes. Der Körpersprache wird mehr Bedeutung beigemessen. Des Weiteren werden die Erfahrungen als SP an das persönliche Umfeld weitergegeben (siehe Kapitel 6). Einige SP äußerten, dass sie von Familienangehörigen und Freunden auf Veränderungen angesprochen wurden, die seit der Tätigkeit als SP aufgetreten sind. Beachtung fand demnach der informierte und sensibilisierte Umgang mit Rollenthemen,

die Veränderung der Körpersprache, eine präzisere Ausdrucksweise, die Existenz neuer Gesprächsthemen und die Funktion des Ratgebers für kommunikative Aspekte (siehe Kapitel 6). Zu dieser Thematik existieren kaum Studienergebnisse in der Literatur. Wenn der Einfluss der Tätigkeit als SP in einer Studie betrachtet wird, so geht es meist um die Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Beziehung, aber nicht um das persönliche Umfeld, mitunter erfolgt auch keine Differenzierung. In der bereits erwähnten Studie von Woodward et al. (siehe 2. Absatz Kapitel 7.4.4) berichteten die Probanden zum Beispiel allgemein von einer Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit, von erhöhter Wahrnehmung verbaler und nonverbaler Kommunikation und von einem Kompetenzerwerb hinsichtlich des Feedbackgebens in Folge der Tätigkeit als SP (Woodward and Gliva-McConvey, 1995). Es erfolgten jedoch keine Aussagen darüber, ob diese Veränderungen vom persönlichen Umfeld der Probanden bemerkt wurden und welche Rückmeldungen die SP dazu erhalten haben.

Die vorliegende Dissertationsarbeit liefert diesbezüglich neue Erkenntnisse, die in weiterführenden Studien überprüft und erweitert werden sollten. Das persönliche Umfeld des SP registriert Veränderungen meist schnell. Es könnte demnach auch zur Vermeidung negativer Effekte der Simulationen auf die SP beitragen. Familie und Freunde müssen den Betroffenen darüber informieren, wenn ihnen auffällt, dass die Distanzierung zur Rollenfigur Schwierigkeiten bereitet und eine starke Sensibilisierung bezüglich der Thematik vorliegt.

7.4.6 Gibt es negative Effekte der Simulationen auf die SP?

Von den befragten SP (5 Teilnehmer) dieser Studie wurden negative Effekte in Folge der Tätigkeit berichtet. Interessant ist hierbei, dass einige Probanden die Frage im Interview zunächst verneinten, nachfolgend jedoch über nachteilige Auswirkungen gesprochen haben (7 Teilnehmer, siehe Kapitel 6.4).

Hierbei muss diskutiert werden, ob dies auf den Effekt der sozialen Erwünschtheit zurückzuführen sein könnte (Hopf, 1991). In der heutigen Gesellschaft neigt man eher dazu, von seinen Stärken zu berichten und seine Kompetenzen darzustellen. Wer erzählt gern von vermeintlichen Schwächen? Doch im Verlauf des Interviews lernt der SP den Interviewer besser kennen. Im Idealfall entsteht eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Proband und Gesprächsführer, die den Interviewten schließlich dazu bewegt, detaillierter und umfangreicher zu berichten. Es wäre aber auch denkbar, dass die SP bestimmte Aspekte zwar als nachteilig empfinden, aber nicht als negative Effekte bezeichnen würden. In diesem Fall könnte das

beschriebene Verhalten auf Unstimmigkeiten bezüglich der Begriffsdefinition zurückzuführen sein.

Zu den erwähnten negativen Effekten zählt zum einen die Beanspruchung durch das schwer fallende Ablegen der Rolle und die Formulierung von Kritik im Feedback. Die Studienteilnehmer sind frustriert, wenn der Student das Feedback des SP nicht annimmt. Als nachteilig wird außerdem die Nervosität vor den Einsätzen empfunden, sowie die Ermüdung durch mehrfaches Spiel einer Rolle hintereinander. Auch die genaue Beobachtungsfähigkeit, zu der man als SP neigt, wird von den Probanden nicht immer positiv gesehen, da sie auch nachteilige Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Beziehung haben kann. Zusätzlich ist der organisatorische Aufwand mitunter stressig. Des Weiteren kommt es zu Unzufriedenheit, wenn einige Gespräche unerwartet kompliziert verlaufen (siehe Kapitel 6.4).

Frühere Studien zu dieser Thematik erwähnten ebenso einige der berichteten negativen Effekte. Hierzu zählt die bereits im Kapitel 7.4.4 beschriebene Untersuchung von Rubin and Philp an der University of Alabama, in welcher am OSCE beteiligte SP von einer schlechteren Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes und negativen Effekten auf die Arzt-Patient-Beziehung berichteten (Rubin and Philp, 1998).

Eine bereits in Kapitel 3.4 beschriebene Studie aus dem Jahr 2004 bezog sich auf eine anonyme Befragung von SP der Universität von Maastricht, die zwischen März 2000 und März 2001 aktiv waren. Die Datenerhebung erfolgte mit Hilfe von Fragebögen, von den ausgewählten 70 Personen beteiligten sich 84 % an der Befragung. Die Ergebnisse der Untersuchung waren überraschend: 73 % der Probanden berichteten von Stresssymptomen, wie Erschöpfung, Reizbarkeit, Schlafstörungen und körperlichen Beschwerden im Zusammenhang mit der Tätigkeit als SP (Bokken, 2004).

Eine weitere Studie aus dem Jahr 2005 (siehe Kapitel 3.4) beschäftigte sich gezielt mit den „Belastungen durch eine Tätigkeit als Simulationspatient in einer medizinischen Prüfung“. Es erfolgte die Auswertung von 35 Fragebögen, in denen SP nach ihren Einsätzen in einer praktischen Prüfung von Medizinstudenten im 2. klinischen Semester zu möglichen Belastungsfaktoren Stellung nahmen. Die Probanden haben angegeben, dass sie „inadäquate Untersuchungstechniken“ der Studenten wiederholt als schmerzhaft empfanden. Die negativen Effekte der Tätigkeit bezogen sich somit auf somatische Beschwerden. Die psychische Belastung im Rahmen des Einsatzes wurde als weniger stark beschrieben. Die Autoren der Studie haben jedoch darauf hingewiesen, dass die Probanden im Rahmen einer Anamnese-

/Untersuchungskurs-Prüfung mit Schwerpunkt auf körperlichen Symptomen eingesetzt wurden. Bei der Verkörperung komplexerer psychosomatischer Rollen wären Belastungen denkbar, die in dieser Studie nicht erfasst werden konnten (Schrauth, 2005b).

Mit den Auswirkungen der Darstellung psychiatrischer Rollenfiguren befasste sich eine in Kapitel 3.4 bereits beschriebene Studie aus dem Jahr 1999. Hierbei wurden an der University of Toronto Fragebögen an 16 SP verteilt und Fokusgruppeninterviews mit insgesamt 36 SP geführt. Die Probanden beschrieben physische und psychische Effekte in Folge der Tätigkeit, wie Erschöpfung, Kopfschmerzen, psychologische Irritationen und Schlafstörungen (McNaughton, 1999).

Eine Studie am Universitätsklinikum Tübingen aus dem Jahr 2009 belegte erneut, dass die Rollenspiele bei den SP Stress induzieren. Die Untersuchung erfolgte quantitativ durch Messung der Variabilität der Herzfrequenz während der Einsätze (Rieber et al., 2009).

Die bisherigen Forschungsergebnisse quantitativer und qualitativer Art unterstützen somit die Erkenntnisse dieser Dissertationsarbeit, wonach die Tätigkeit als SP negative Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Beziehung haben kann, sowie gegebenenfalls zu Stress und Erschöpfung führt. Auch die Schwierigkeiten bei der Distanzierung von der Rollenfigur sind bereits in anderen Studien thematisiert worden (Blake and Gusella, 2007, Spencer and Dales, 2006). Die befragten SP des Universitätsklinikums Jena sprachen im Interview allerdings nicht von körperlichen Beschwerden, einer erhöhten Reizbarkeit, Schlafstörungen oder psychologischen Irritationen. Diese Unterschiede könnten darauf zurückzuführen sein, dass die Probanden der vorliegenden Dissertation nicht Vollzeit als SP arbeiteten, sondern lediglich stundenweise eingesetzt wurden (Ausnahme: OSCE). Die Untersuchung von Bokken et al. betrachtete jedoch SP, die 6 bis 9 Mal pro Tag Einsätze haben, wobei ein Rollenspiel etwa 30 Minuten dauert (Bokken, 2004). Aufgrund dieser Unterschiede im Arbeitsumfang kann auch eine verschiedene Ausprägung der Effekte erwartet werden.

Die befragten SP des Universitätsklinikums Jena berichteten vordergründig von ihren Schwierigkeiten bei der Formulierung von Kritik im Feedback. Besonders belastend ist es für die Studienteilnehmer, wenn der Student das Feedback des SP nicht annimmt und wenn Rollenspiele unerwartet kompliziert verlaufen oder abgebrochen werden müssen. Die SP suchen dann verstärkt nach Ursachen für den schwierigen Gesprächsverlauf, mitunter auch bei sich selbst. Die Probanden äußerten im Interview, dass einige Studenten im Rollenspiel nicht weiter wussten. Die Hilfe der Kommilitonen nach Unterbrechung des Gesprächs durch den Dozenten, sogenanntes „Einfrieren“ (Philipp, 2006), konnte nicht umgesetzt werden oder wurde nicht

angenommen. Einige Studenten stellten in dieser Situation auch die Lehrmethode des Rollenspiels in Frage (siehe Kapitel 6.4).

Diese negativen Erlebnisse der SP könnten scheinbar vermieden werden, indem im Seminar eine intensivere Vorbereitung der Studenten auf die Rollenspiele erfolgt. Allerdings muss man hierbei bemerken, dass die Medizinstudenten des Universitätsklinikums Jena vorab zahlreiche Informationen erhalten. Sie wissen, mit welcher Problematik der SP zu ihnen kommen wird, ob es sich bei der Begegnung um einen Erstkontakt handelt und wie sie sich den Ablauf des Rollenspiels vorstellen müssen (Philipp, 2006). Demnach sind die Studenten darüber informiert, was sie erwartet und vor welche Anforderungen sie gestellt werden. Es ist daher fraglich, inwieweit man die Vorbereitung noch intensivieren könnte, ohne den dafür vorgesehenen zeitlichen Rahmen des Seminars zu überschreiten.

Hilfreicher wäre es, die Studenten vor Beginn der ersten Rollenspiele nach ihrer Motivation bezüglich dieser Lehrmethode zu befragen. Sie sollten außerdem explizit darauf hingewiesen werden, dass eventuelle Kritik bezüglich der Methodik nicht gegenüber dem SP erwähnt werden muss, sondern entweder dem Dozenten direkt mitgeteilt oder in der Evaluation am Ende des Semesters vermerkt wird.

Zusätzlich kann bei der SP-Ausbildung verstärkt auf die Vermittlung negativer Aspekte im Feedback vorbereitet werden, um so die Schwierigkeiten der SP zu vermindern. Des Weiteren helfen Nachbesprechungen, um die Erlebnisse zu verarbeiten (siehe Kapitel 6.4).

Neben den bisher genannten Studien, die die negativen Effekte dieser Dissertation bestätigten, existieren auch Untersuchungen, die keine nachteiligen Auswirkungen feststellen konnten.

Eine Studie israelischer Forscher bezog sich auf ein SP-Programm, welches im Rahmen von ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen realisiert wurde. Ziel sollte es hierbei sein, die kommunikativen Fähigkeiten der Mediziner im Umgang mit Jugendlichen zu verbessern. Um das Training möglichst authentisch zu gestalten, wurden acht 16-17 jährige Schülerinnen und Schüler als SP eingesetzt. Die jungen Erwachsenen beteiligten sich am Schauspielunterricht ihrer Schule in Haifa und hatten somit auf diesem Gebiet begrenzte Erfahrungen. In den ärztlichen Weiterbildungen simulierten sie 20 Fälle mit typischen medizinischen Problemen Jugendlicher, sowie häuslichen und schulischen Konflikten. Die SP berichteten jedoch über keinerlei Schwierigkeiten bei der Darstellung der Rollenfiguren und beim Spiel vor einem größeren unbekannten Publikum bestehend aus Erwachsenen (etwa 20 bis 30 Zuschauer). Die

Schülerinnen und Schüler beschrieben den Einsatz als positive Erfahrung, zum Beispiel aufgrund des Informationsgewinns bezüglich medizinischer Fragestellungen. Sie hatten keine nachteiligen Effekte bemerkt (Hardoff and Schonmann, 2001).

Eine Studie von Hanson et al. in Toronto aus dem Jahr 2002 war zu ähnlichen Ergebnissen gekommen. In dem SP-Programm dieser Untersuchung wurden Jugendliche beider Geschlechter trainiert, um als SP am OSCE teilzunehmen. Die jungen Erwachsenen sollten in der Studie die Auswahlmethoden und Simulationseffekte sowohl für weniger stressige, wie auch für stressige Rollen bewerten. Die Auswirkungen der Simulationen wurden mit qualitativen und quantitativen Methoden untersucht. Die SP beschrieben positive Effekte, wie die Zufriedenheit, einen wichtigen gesellschaftlichen Beitrag geleistet zu haben. Allerdings berichteten sie auch von unbehaglichen Reaktionen. Es erfolgte allerdings keine Feststellung langfristiger nachteiliger Wirkungen. Somit kamen die Autoren zu dem Schluss, dass die Vorteile beim Einsatz Jugendlicher als SP mögliche Risiken überwiegen (Hanson et al., 2002).

Die bereits im Kapitel 7.4.4 erwähnte Studie von Woodward et al. hat keine negativen Effekte beschrieben, sondern positive Auswirkungen der Tätigkeit als SP auf die Arztbeziehungen in der Realität. Allerdings erwähnten die Autoren auch, dass einige SP das Programm verlassen haben, da sie schwierige Lebensereignisse (Scheidung, Todesfälle) verkraften mussten und daher nicht die Energie hatten, weiterhin als SP tätig zu sein (Woodward and Gliva-McConvey, 1995). Das weist darauf hin, dass sich die aktiven SP in einem stabilen psychischen und physischen Zustand befinden sollten, um die Anforderungen der Tätigkeit zu meistern.

Eine Studie aus dem Jahr 2001 befragte alle SP von fünf amerikanischen Universitäten zu der Wahrnehmung ihrer Gesundheitsversorgung. Die Umfrage haben 180 Personen erhalten, wovon 164 antworteten. Die Probanden bewerteten den Grad ihrer Zustimmung oder Ablehnung bezüglich 11 vorgegebener Aussagen (Likert-Skala). Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass sich das Verständnis der SP bezüglich der medizinischen Anamnese und der körperlichen Untersuchung in Folge ihrer Tätigkeit verbesserte. Die Probanden konnten außerdem effektiver mit Ärzten kommunizieren, die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheitsversorgung erhöhte sich. Negative Effekte im Rahmen der Tätigkeit als SP wurden nicht beobachtet (Wallach et al., 2001).

Diese Studien stehen aber nicht im Widerspruch zu den Ergebnissen der Dissertationsarbeit, da auch hier zahlreiche positive Effekte der Tätigkeit als SP exploriert werden konnten, wie die Verbesserung kommunikativer Kompetenzen (siehe Kapitel 7.4.4). Doch zusätzlich muss

bedacht werden, dass ein Kompetenzgewinn auch nachteilige Folgen haben kann. Einige Probanden berichteten beispielsweise, dass sie durch die Tätigkeit als SP gelernt haben, alles genauer zu beobachten. Eine gute Beobachtungsfähigkeit ist eigentlich keine nachteilige Eigenschaft. Sie kann sich vorteilhaft auf das eigene Verhalten auswirken und hilft ebenso, andere einzuschätzen. Ein/eine SP (T8) gab aber im Interview an, dass sie diese Fähigkeit nicht immer als angenehm empfindet, da man mehr hinterfragt und somit auch Dinge erfährt, die man nicht wissen wollte. Es fehlt sozusagen der „Ausschalter“, man möchte nicht permanent so viel registrieren. Ein/eine andere/r SP (T10) äußerte Bedenken, dass dieses genaue Beobachten zum Verlust des Vertrauens in den Arzt führen könnte, da man Unsicherheiten und Fehler besser erkennt. Dies verdeutlicht, wie wichtig es ist, positive Effekte aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten.

7.4.7 Vergleich zwischen dem Einsatz als SP in einer Lernsituation mit dem Einsatz als SP in einer Prüfungssituation

Nach den Aussagen der Studienteilnehmer sind Arbeitsumfang und Zeitdruck beim Einsatz in einer Prüfungssituation (Bsp. Objective Structured Clinical Examination, kurz OSCE) größer als in einer Lernsituation (Bsp. Seminar). Beim Rollenspiel in der Prüfung erhalten die SP von den Studenten keine Rückmeldung zu ihrer Spielweise, in der Lernsituation erfolgt dies. Des Weiteren muss bei der Leistungsfeststellung der Studenten auf Standardisierung der Rolle besonders Wert gelegt werden, um zu gewährleisten, dass jeder Prüfling dieselben Bedingungen erhält. In der Lernsituation steht den SP hingegen mehr Gestaltungsspielraum zur Verfügung (siehe Kapitel 6.5.5).

Die Schwierigkeit, die Standardisierung der Rollendarstellung in einer Prüfung konstant beizubehalten, haben bereits frühere Studien beschrieben (Ortwein et al., 2006). Ein Einsatz in dieser Situation stellt somit besondere Anforderungen an die SP.

Allerdings muss beachtet werden, dass der OSCE von den Probanden zwar mitunter als anstrengend empfunden wird (T4, Kapitel 6.4.4), die Teilnahme daran jedoch gern erfolgt. Laut den Aussagen der Probanden macht es Spaß, sich dieser Herausforderung zu stellen. Daher konnten die meisten Studienteilnehmer im Interview auch nicht klar entscheiden, in welcher Situation sie lieber eingesetzt werden. Sowohl die Lernsituation wie auch die Prüfungssituation sind jeweils durch Vor- und Nachteile gekennzeichnet (siehe Tabelle Kapitel 6.5.5).

Das Forschungsinteresse dieser Dissertationsarbeit liegt besonders auf den in der Einleitung gestellten Fragen, auf welche im nachfolgenden Kapitel präzise Antworten folgen sollen:

8.1 Wie wurden die SP auf das Projekt aufmerksam und was hat sie motiviert, sich daran zu beteiligen?

Wie in Kapitel 6.1.2 bereits dargelegt, sind die befragten SP über Kontakte im persönlichen Umfeld, Veranstaltungen im Rahmen des Medizinstudiums und durch Printmedien, wie Zeitungsartikel, auf das Programm aufmerksam geworden. Motivierend für die Beteiligung an dem Projekt war die Neugier darauf, der erwartete Spaß und Lerneffekt, die Suche nach einer sinnvollen Beschäftigung im Ruhestand, die Arbeit mit anderen Menschen, das Interesse an der Schauspielerei und die Bezahlung. Als Motivation für die Teilnahme am OSCE wurden ideologische Beweggründe genannt (Unterstützung dieser praxisnahen Prüfungsform), außerdem Neugierde, sowie Spaß an der Arbeit als SP, Geld und der Reiz, sich einer besonderen Herausforderung zu stellen. Die Studienteilnehmer haben über ihr persönliches Umfeld (Verwandte und Mitarbeiter von Instituten der Friedrich-Schiller-Universität Jena) von der Möglichkeit, sich am OSCE zu beteiligen, erfahren (siehe Kapitel 6.5.1).

8.2 Welchen Einfluss hat die Tätigkeit als SP auf die Arztbeziehungen in der Realität, sowie auf die Beziehungen im persönlichen Umfeld?

Die Mehrheit der Studienteilnehmer berichtete im Interview von Veränderungen der Beziehung zu den eigenen Ärzten in Folge der Tätigkeit als SP, die positiv bewertet wurden. Es kam zu einer erhöhten Aufmerksamkeit im Arzt-Patient-Gespräch, zu einem selbstbewussten Auftreten und zu einer Konzentration auf die wesentlichen Aspekte, da man nun mehr Verständnis für den ärztlichen Zeitmangel hat (siehe Kapitel 6.2.3).

Die meisten Probanden haben auch Veränderungen im Umgang mit Familienangehörigen oder Freunden seit der Tätigkeit als SP bemerkt (siehe Kapitel 6.3.1). Demnach verbesserte sich die Gesprächsführung nicht nur gegenüber dem Arzt, sondern auch im persönlichen Umfeld. Der Wechsel der Perspektive erfolgt jetzt häufiger, Kritik kann besser formuliert werden. Dies erleichtert den Umgang mit Konflikten. Des Weiteren beobachten die SP sich selbst und auch Personen im persönlichen Umfeld kritischer. Sie messen der Körpersprache mehr Bedeutung bei und geben ihre Erfahrungen als SP gern an Verwandte/ Freunde weiter.

Dies verdeutlicht die zahlreichen positiven Wirkungen der Tätigkeit als SP. Die Beteiligung an dieser Lehrmethode ist somit empfehlenswert.

8.3 Bringt die Simulation von Erkrankungen negative Effekte mit sich?

Einige der Probanden beschrieben nachteilige Auswirkungen der Tätigkeit als SP (siehe Kapitel 6.4). Die Ausprägung dieser negativen Effekte kann mit Hilfe von Nachbesprechungen und Feedbacktraining verringert werden. Es wird davon profitiert, die Erfahrungen nach den Einsätzen mit anderen SP und dem Dozent auszutauschen und vor allem auch belastende Erlebnisse anzusprechen. Alle Probanden beteiligen sich trotz eventueller nachteiliger Aspekte gern am SP-Programm. Demnach kann man schlussfolgern, dass die positiven Wirkungen die negativen Effekte überwiegen.

8.4 Vergleich zwischen dem Einsatz als SP in einer Lernsituation mit dem Einsatz als SP in einer Prüfungssituation

Der Einsatz als SP in einer Lernsituation unterscheidet sich von der Prüfungssituation im Zeitfaktor, den Möglichkeiten der Interpretation und Gestaltung der Rolle, sowie der Feedbackgabe (siehe Tabelle Kapitel 6.5.5). Die Beteiligung am OSCE haben die Studienteilnehmer als besondere Herausforderung beschrieben (siehe Kapitel 6.5.2). Die Probanden werden jedoch gern sowohl im OSCE, wie auch in einer Lernsituation eingesetzt. Eine gute Möglichkeit, die Anstrengungen der Prüfungssituation zu mindern, ist die Beschränkung auf einen halbtägigen Einsatz als SP sowie das erneute Angebot von Nachbesprechungen.

Die in der Einleitung gestellten Fragen konnten im Rahmen dieser Dissertationsarbeit beantwortet werden. Es existieren aber zahlreiche Ansätze für weiterführende Studien, die nachfolgend Betrachtung finden:

Zum einen wäre es wünschenswert, wenn die in dieser Arbeit aufgestellten Hypothesen quantitativ im Rahmen einer repräsentativen Umfrage überprüft werden könnten. Zusätzlich würde es interessant sein herauszufinden, ob zwischen den in dieser Arbeit beschriebenen positiven und negativen Auswirkungen und der Erfahrung der SP Zusammenhänge bestehen. Die Studien zu dieser Thematik sind widersprüchlich (Woodward and Gliva-McConvey, 1995, Naftulin and Andrew, 1975, Bokken, 2004). Hierbei kann ebenso der Einfluss des Geschlechts und des Alters der SP betrachtet werden.

Außerdem existieren beim Einsatz von SP auch einige Kritikpunkte, die in dieser Dissertationsarbeit unbeachtet blieben. Fraglich ist demnach, ob SP vor allem aufgrund eines Mangels an realen Patienten eingesetzt werden und ob man den Studenten bei Anwendung dieses Lehrmittels praktische Erfahrungen vorenthält. Allerdings muss bedacht werden, dass reale Patienten im Gegensatz zu SP kein Feedback an die Studenten geben, wodurch dieser Lernweg verstellt bleibt. Weiterführende Studien können zusätzlich der Frage nachgehen, ob dem Lerngewinn der Studenten weniger Bedeutung beigemessen wird als der Darstellung der SP im Rollenspiel (Konitzer, 2010).

Dies sind nur einige Punkte, die jedoch verdeutlichen, wie groß der Forschungsbedarf bezüglich dieser Thematik ist.

- Ackermann, D., Becker, W. et al. 2009. *Blickpunkt Hochschuldidaktik*, Bielefeld, W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG.
- Aghamanoukjan, A., Buber, R., Meyer, M. 2009. *Qualitative Interviews*. In: Buber, R., Holzmüller, H. (Hrsg.): *Qualitative Marktforschung*, Wiesbaden, Gabler.
- Barrows, H. S. & Abrahamson, S. 1964. The programmed patient: a technique for appraising student performance in clinical neurology. *J Med Educ*, **39**, 802-5.
- Blake, K. & Gusella, J. 2007. Re: the impact of simulation on people who act as simulated patients: a focus group study. *Med Educ*, **41**, 619-20.
- Blake, K., Gusella, J., Greaven, S., & Wakefiel, S. 2006. The risks and benefits of being a young female adolescent standardised patient *Medical Education*, **40** (2006), 26-35.
- Blech, J. 2011. Ärzte richten immer wieder seelische Schäden an. Patientengespräche., Spiegel online.
- Böcken J., B. B. u. M. S. H. 2004. *Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft.*, Stiftung: Gütersloh Verlag Bertelsmann.
- Boerjan, M., Boone, F., Anthierens, S., Weel-Baumgarten, E., Deveugele, M. 2008. The impact of repeated simulation on health and healthcare perceptions of simulated patients. *Patient Education and Counseling* **73**, 22-27.
- Bokken, L., Dalen, J., & Rethans, J. 2004. Performance- related stress symptoms in simulated patients. *Medical Education*, **38**, 1089-1094.
- Bokken, L., Dalen, J., & Rethans, J. 2006. The impact of simulation on people who act as simulated patients: a focus group study. *Medical Education*, **40**, 781-786.
- Bokken, L., Linssen, T., Scherpbier, A., Vleuten, C., Rethans, J. 2009. Feedback by simulated patients in undergraduate medical education: a systematic review of the literature. *Medical Education*, **43**, 202-210.
- Brenk- Franz, K., Kubieziel, H., Schulz, S., Gensichen, J. 2010. Simulationspatienten in der allgemeinmedizinischen Lehre: Das Jenaer Programm - eine Pilotstudie. *Z Allg Med.*, **86** (4), 152-158.
- Bundesgesetzblatt 2002. Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO). *BGBI. I* Bundesministerium der Justiz.
- Bundesgesetzblatt 2012. Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (1. ÄApprOÄndV). *BGBI. I* Bundesministerium der Justiz.
- Chen, R. C., Clark, J. A., Manola, J. & Talcott, J. A. 2008. Treatment 'mismatch' in early prostate cancer: do treatment choices take patient quality of life into account? *Cancer*, **112**, 61-8.

- Coulter, A., und Helen Magee (eds.) 2003. *The European Patient of the Future*, Maidenhead, Philadelphia Open University Press.
- Del Canale, S., Louis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M. & Gonnella, J. S. 2012. The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med*, **87**, 1243-9.
- Dierks, M., Bitzer, E., Lerch, M., Martin, S., Röseler, S., Schienkiewitz, A., Siebeneick, S., Schwartz, F. 2001. Arbeitsbericht Nr. 195: Patientensouveränität- Der autonome Patient im Mittelpunkt. 12-40.
- Eicher, C., Hermann, K., Roos, M., Schultz, JH., Engeser, P., Szecsenyi, J. 2010. Feedback-Training für Lehrärzte in der Allgemeinmedizin. *Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* **27 (1)**, Doc09.
- Fritzsche, K., Engemann, B., Wirsching, M. 2008. Curriculum Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der medizinischen Ausbildung- Grundlagen, Praxis, Evaluation. *Psychother Psych Med* **58 (2008)**, 321-325.
- Frohmel, A., Burger, W. & Ortwein, H. 2007. [Integration of simulated patients into the study of human medicine in Germany]. *Dtsch Med Wochenschr*, **132**, 549-54.
- Gillespie, C., Bruno, J. H. & Kalet, A. 2009. What standardised patients tell us about 'activating' patients. *Medical Education*, **43**, 1112-1113.
- Goedhuys, J. & Rethans, J. J. 2001. On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation. A validity study. *Fam Pract*, **18**, 592-6.
- Graber, M. L., Franklin, N. & Gordon, R. 2005. Diagnostic error in internal medicine. *Arch Intern Med*, **165**, 1493-9.
- Hanson, M., Tiberius, R., Hodges, B., MacKay, S., McNaughton, N., Dickens, S. & Regehr, G. 2002. Adolescent standardized patients: method of selection and assessment of benefits and risks. *Teach Learn Med*, **14**, 104-13.
- Hardoff, D. & Schonmann, S. 2001. Training physicians in communication skills with adolescents using teenage actors as simulated patients. *Medical Education*, **35**, 206-210.
- Höld, R. 2009. *Zur Transkription von Audiodateien*. In: Buber, R., Holzmüller, H. (Hrsg.): *Qualitative Marktforschung*, Wiesbaden, Gabler.
- Hopf, C. 1991. Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. In: FLICK U., K., E., KEUPP, H., ROSENSTIEL, L., WOLFF, S. (Ed.) *Handbuch Qualitative Sozialforschung*. Deutschland, Psychologie Verlags Union.
- Kerse, N., Buetow, S., Mainous, A. G., 3rd, Young, G., Coster, G. & Arroll, B. 2004. Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *Ann Fam Med*, **2**, 455-61.

- Konitzer, M., Jäger, B., Schmid-Ott, G. 2010. Schauspielpatienten sind auch Sprachspiel-Patienten: Vorschlag zur Modifikation eines didaktischen Modells. *Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, **27(4)**, Doc55.
- Kowal, S., O'Connell, D. 2003. *Zur Transkription von Gesprächen*. In: Flick, U., Kardoff, E., Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*, Reinbek bei Hamburg.
- Krones, T., Richter, G. 2008. Ärztliche Verantwortung: das Arzt-Patient-Verhältnis. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* **51 (2008)**, 818-826.
- Lang, F., Floyd, M. R., Beine, K. L. & Buck, P. 2002. Sequenced questioning to elicit the patient's perspective on illness: effects on information disclosure, patient satisfaction, and time expenditure. *Fam Med*, **34**, 325-30.
- Langewitz, W. 2012. [Physician-patient communication in medical education: can it be learned?]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, **55**, 1176-82.
- Lorkowski, T. 2011. Wie beurteilen Simulationspatienten die Relevanz von Kommunikationsunterricht unter Berücksichtigung ihrer eigenen Arztbeziehung? Ergebnisse von Leitfadenterviews [Dissertation].
- Lown, B. 2004. *Die verlorene Kunst des Heilens*, Stuttgart, Schattauer.
- Mayring, P. 2002. *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*, Weinheim und Basel, Beltz Verlag.
- Mayring, P. 2010. *Qualitative Inhaltsanalyse*, Deutschland, Beltz Verlag
- Mayring, P., Brunner, E. 2009. *Qualitative Inhaltsanalyse*. In: Buber, R., Holzmüller, H. (Hrsg.): *Qualitative Marktforschung*, Wiesbaden, Gabler.
- McNaughton, N., Tiberius, R., Hodges, B. 1999. Effects of portraying psychologically and emotionally complex standardized patient roles. *Teaching and Learning in Medicine* **11**, 135-141.
- Naftulin, D. H. & Andrew, B. J. 1975. The effects of patient simulations on actors. *J Med Educ*, **50**, 87-9.
- Neumann, E., Obliers, R., Schiessl, C., Stosch, C., Albus, C. 2011. Studentische Evaluations-Skala für Lehrveranstaltungen mit Simulationen der Arzt-Patient-Interaktion (SES-Sim). *Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, **28(4)**, Doc56.
- Nodop, S. 2013. Supervision und Selbsterfahrung zur Entwicklung und Sicherung psychotherapeutischer Kompetenzen-Quantitative und qualitative Auswertung von Befragungen des Forschungsgutachtens zur Psychotherapieausbildung in Deutschland [Dissertation].
- Ortwein, H., Frohmel, A. & Burger, W. 2006. [Application of standardized patients in teaching, learning and assessment]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, **56**, 23-9.

- Philipp, S. 2006. Erfahrungen mit Standardisierten Patienten im neuen Lehrkonzept zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen im Fach Medizinische Psychologie- das Jenaer Modell *Z Med Psychol*, **15** 11-19.
- Philipp, S. 2003. *Kommunikationsstörungen in interkulturellen Erst-Kontakt-Situationen-eine kommunikationspsychologische Untersuchung zu Attributionen und Verhalten in interkultureller Kommunikation*, Jena, Verlag IKS Garamond.
- Philipp, S., Rockenbach, K. 2011. Medizinstudierende als Schauspielpatienten-ein Wahlfach für Medizinstudenten im klinischen Abschnitt. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, **1**, 38-41.
- Richards, L. 2005 *Handling Qualitative Data. A Practical Guide*, Thousand Oaks, London, New Delhi.
- Rieber, N., Betz, L., Enck, P., Muth, E., Nikendei, C., Schrauth, M., Werner, A., Kowalski, A. & Zipfel, S. 2009. Effects of medical training scenarios on heart rate variability and motivation in students and simulated patients. *Medical Education*, **43**, 553-556.
- Rubin, N. J. & Philp, E. B. 1998. Health care perceptions of the standardized patient. *Med Educ*, **32**, 538-42.
- Schmid Mast, M., Hall, J. A. & Roter, D. L. 2007. Disentangling physician sex and physician communication style: their effects on patient satisfaction in a virtual medical visit. *Patient Educ Couns*, **68**, 16-22.
- Schrauth, M., Riessen, R., Schmidt-Degenhard, T., Wirtz, HP., Jünger, J., Häring, HU., Claussen, CD., Zipfel, S. 2005a. Praktische Prüfungen sind machbar. *Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, **22 (2)**, Doc20.
- Schrauth, M., Schmulius, N., Martens, U., Riessen, R., Zipfel, S. 2005b. Belastungen durch eine Tätigkeit als Simulationspatient (SP) in einer medizinischen Prüfung. *Psychother Psych Med*, **55**, 118.
- Schultz, J., Schönemann, J., Lauber, H., Nikendei, C., Herzog, W., Jünger, J. 2007. Einsatz von Simulationspatienten im Kommunikations- und Interaktionstraining für Medizinerinnen und Mediziner (Medi- KIT): Bedarfsanalyse-Training-Perspektiven. *Gruppendynamik und Organisationsberatung* Heft 1 (2007) , Jahrgang 38, 7-23.
- Shields, C. G., Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Duberstein, P., McDaniel, S. H. & Meldrum, S. 2005. Emotion language in primary care encounters: reliability and validity of an emotion word count coding system. *Patient Educ Couns*, **57**, 232-8.
- Simmenroth-Nayda, A., Chenot, JF., Fischer, T., Scherer, M., Stanske, B., Kochen, M. 2007. Mit Laienschauspielern das ärztliche Gespräch trainieren. *Deutsches Ärzteblatt*, **104 (13)**, 847-852.

- Spencer, J. & Dales, J. 2006. Meeting the needs of simulated patients and caring for the person behind them? *Med Educ*, **40**, 3-5.
- Timmermann, A., Eich, C., Russo, S., Barwing, J., Hirn, A., Rode, H., Heuer, J., Heise, D., Nickel, E., Klockgether-Radke, A., Graf, B. 2006. Lehre und Simulation. *Anaesthesist* **56** (2007) 53-62.
- Wallach, P. M., Elnick, M., Bogner, B., Kovach, R., Papadakis, M., Zucker, S. & Speer, A. 2001. Standardized patients' perceptions about their own health care. *Teach Learn Med*, **13**, 227-31.
- Wilm S, K. A., Peters T, Bahrs O 2004. Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation. *Z Allg Med.*, **80**, 53-57.
- Woodward, C. A. & Gliva-McConvey, G. 1995. The effect of simulating on standardized patients. *Acad Med*, **70**, 418-20.

11 Anhang

Die Audiodateien und Transkripte der Interviews, sowie das Kategoriensystem werden im Anhang nicht dargestellt, sind aber am Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena archiviert.

11.1 Informationen zur Studie

„Wie geht es eigentlich den Schauspielpatienten?“ Auswirkungen der Simulationen auf das Wohlbefinden der Schauspielpatienten an der Friedrich-Schiller-Universität Jena

Sehr geehrte Schauspielpatientin, sehr geehrter Schauspielpatient,

im Rahmen einer medizinischen Doktorarbeit beschäftige ich mich mit der Frage, wie es den Schauspielpatienten im Rahmen ihrer Tätigkeit ergeht, wie sie den Unterricht beurteilen und wie sie ihre eigene Arzt-Patienten-Beziehung sehen.

Daher möchten wir mit Schauspielpatienten Interviews zu dieser Thematik führen.

Ablauf:

Nach Ihrer Unterschrift unter die Einverständniserklärung wird das Interview durchgeführt und aufgezeichnet. Die Aufzeichnungen werden transkribiert, ausgewertet und in einer Dissertation und in einem Aufsatz in der Fachliteratur veröffentlicht.

Datenschutz:

Die Befragung und Auswertung erfolgt anonym. Die Daten werden unter keinen Umständen an Dritte weiter gegeben.

Betreuung:

Die Informationen zur Studie haben Sie von mir (Kathrin Heydrich, Uniklinikum Jena) erhalten. Sollten Sie noch Fragen haben, so wenden Sie sich doch bitte an mich oder an meine Betreuerin Dr. Swetlana Philipp.

Ihre Teilnahme

Die Teilnahme ist freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angaben von Gründen Ihr Einverständnis zurückziehen.

Verantwortlich für dieses Projekt sind:

Prof. Dr. Bernhard Strauß

Dr. phil. Swetlana Philipp

Kathrin Heydrich

Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. B. Strauß

Stoystraße 3

07743 Jena

11.2 Einverständniserklärung

Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. B. Strauß

Stoystraße 3

07743 Jena

Einverständniserklärung

Ich, _____, bin damit einverstanden, dass dieses Interview aufgezeichnet, transkribiert und ausgewertet wird. Die Daten dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken und werden unter keinen Umständen an Dritte weiter gegeben. Sie werden in anonymisierter Form publiziert und am Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie archiviert.

Datum.....

Unterschrift.....

11.3 Interviewleitfaden

Demographische Daten

- Wie alt sind Sie?
- Was machen Sie beruflich?
- Seit wann sind Sie Schauspielpatient?

Allgemeines

- Beschreiben Sie bitte ihre Tätigkeit als Schauspielpatient!
- Durch was sind Sie auf das Projekt aufmerksam geworden?
- Was hat sie zu der Teilnahme an dem Projekt motiviert?
- Wie oft im Jahr haben Sie Einsätze als Schauspielpatient?
- Wie viele Rollen haben Sie schon gespielt?
- Im Rahmen welcher Themen wurden Sie als SP eingesetzt? Was ist Ihnen hierbei leicht / schwer gefallen?
- Differenzieren Sie bei der Feedbackgabe an die Studenten? (Im Sinne von ‚Wie geht es mir jetzt, wie geht es dem SP?’)
- Was ist bei den Rollenthemen leicht bzw. schwer gefallen?
- Welchen persönlichen Nutzen oder Gewinn konnten sie aus der Arbeit als SP ziehen?

Welchen Einfluss hat die Tätigkeit als SP auf die Arztbeziehungen in der Realität?

- Was ist ihnen bei einem Arztbesuch wichtig? Worauf achten sie, wenn sie einen Arzt besuchen?
- Inwieweit möchten sie als Patient in Behandlungsentscheidungen einbezogen werden? (Stichwort SDM)
- Hat sich in Folge der Tätigkeit als SP die Beziehung zu ihren eigenen Ärzten verändert?
- Haben sie seit ihrer Tätigkeit als SP ihrem eigenen Arzt schon einmal Feedback gegeben?
- Durch welche Kompetenzen und Defizite zeichnen sich die angehenden Mediziner im Rollenspiel aus?
- Was können praktizierende Ärzte bei ihren Arzt-Patient-Beziehungen verbessern?

Welchen Einfluss hat die Tätigkeit als SP auf die Beziehungen zum persönlichen Umfeld?

- Hat sich seit ihrer Tätigkeit als SP ihr Umgang mit Familienangehörigen oder Freunden verändert?
- Sind Familienangehörigen oder Freunden Veränderungen an ihnen aufgefallen, auf die sie angesprochen wurden?

Gibt es negative Effekte der Simulationen auf die SP? (orientiert an Bokken et al., 2006)

- Haben sie negative Auswirkungen in Folge der Tätigkeit als SP wahrgenommen?

Wenn ja:

- Sind diese Effekte vor, während oder nach ihren Einsätzen als SP aufgetreten? Wie lange dauerten die Auswirkungen an?
- Welche Art negativer Auswirkungen haben sie erlebt?
- Haben sie dadurch weniger Freude an der Arbeit als SP gehabt?
- Gab es Strategien, um diese negativen Effekte zu vermeiden oder zu verringern?
- Gab es Faktoren, die diese negativen Auswirkungen beeinflusst haben? (wie Typ der Rolle, Erfahrung als SP, Pausen zwischen Aufführungen, Feedback geben ja / nein, Anzahl der Aufführungen / Tag, Beziehung zu Studenten / Kooperation und Gruppengröße)

Wie gestaltet sich der Einsatz als SP in Prüfungssituationen?

(Zusätzliche Fragen für die am OSCE teilnehmenden Schauspielpatienten)

1. Welche Motivation haben Sie, am OSCE teilzunehmen?
2. Beschreiben Sie bitte einen Tag als Schauspielpatient im OSCE! (Ablauf, Anzahl und Dauer der Einsätze, etc.)
3. Welche Rollen haben Sie gespielt?
4. Was waren die Herausforderungen beim Spiel der Rolle?
5. Wie gelingt das Ausrollen?
6. Wie geht es Ihnen abends nach einem OSCE- Tag?
7. Vergleichen Sie bitte Ihren Einsatz als SP in einer Lernsituation (wie Seminar) mit dem Einsatz als SP in einer Prüfungssituation (wie OSCE)!
 - Gemeinsamkeiten / Unterschiede?
 - Wie fühlt man sich?
 - Was ist schwerer zu spielen?
 - Welche Situation ist Ihnen lieber?

11.4 Lebenslauf

Persönliche Daten:

- Name: Kathrin Lucia Heydrich
- Geburtsdatum: 05.11.1989
- Geburtsort: Greiz
- Adresse: Seidelstraße 5, 07749 Jena
- E-Mail-Adresse: k.heydrich@web.de

Schulische Ausbildung / Studium:

- 1996-2000: Staatliche Grundschule „Bertolt Brecht“ in Greiz / Obergrochlitz
- 2000-2008: Staatliches Gymnasium Greiz
- 2008: Abitur in Greiz
- ab WS 2008: Studium der Humanmedizin an der Friedrich-Schiller-Universität Jena
 - abgeschlossene Zwischenprüfung: 1. Staatsexamen (M1) 2011
 - angestrebter Abschluss: 2. Staatsexamen

11.5 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen danken, die es mir möglich machten, diese Dissertationsarbeit zu realisieren:

Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. Swetlana Philipp für die Vermittlung des Kontaktes zu den Schauspielpatienten des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, die Durchsicht meiner Arbeit und die vielen Anregungen, die zur Vollendung beigetragen haben, sowie meinem Doktorvater Prof. Dr. Bernhard Strauß für die Übernahme der Betreuung und das entgegengebrachte Vertrauen.

Außerdem danke ich Frau Brenk-Franz für die Unterstützung bei der Erstellung des Interviewleitfadens und der Vermittlung des Kontaktes zu den Schauspielpatienten des Instituts für Allgemeinmedizin.

Danken möchte ich auch den Mitarbeitern des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena für die Hinweise bei der Vorstellung der Dissertationsarbeit im Forschungskolloquium, Juliane Poeck, Lisa Freund und Lisa Eisfeldt für die Mitarbeit bei der kommunikativen Validierung der Kategoriensysteme, sowie allen Schauspielpatienten, die an den Interviews teilgenommen haben.

Meinem Freund Christoph Martinetz gilt ebenso ein besonderer Dank für das Korrekturlesen, seine aufmunternden Worte und sein Verständnis.

Und nicht zuletzt danke ich meiner gesamten Familie, besonders meinen Eltern Joachim und Renate Heydrich, sowie meiner Schwester Antje Heydrich, für ihre Liebe und ihre Unterstützung, die sie mir jeden Tag entgegenbringen.

11.6 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beispiel für die Kategorienbildung	S.25
Tabelle 2: Einsatz als SP in einer Lernsituation und in einer Prüfungssituation	S.66
Tabelle 3: Umsetzung der Forschungsfragen im Interviewleitfaden	S.71

11.7 Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Geschlechtsverteilung unter den Probanden	S.19
Abb.2: Altersverteilung unter den Probanden	S.19
Abb.3: Berufsverteilung unter den Probanden	S.20
Abb.4: Dauer der Tätigkeit als Schauspielpatient in Jahren	S.20
Abb.5: Gewinnung der Aufmerksamkeit der SP auf das Programm	S.28
Abb.6: Motivation der SP für Beteiligung am SP-Programm.....	S.29
Abb.7: Der Nutzen der Arbeit als SP	S.34
Abb.8: Der Einfluss der Tätigkeit als SP auf die Beziehung zu den eigenen Ärzten	S.40
Abb.9: Gründe für ein Unterlassen der Feedbackgabe an Ärzte in der Realität	S.42
Abb.10: Positive Bewertung der Studenten durch SP	S.43
Abb.11: Von SP bemerkte Defizite der Studenten im Rollenspiel	S.44
Abb.12: Von SP gewünschte Verbesserungen praktizierender Ärzte auf impliziter Ebene ..	S.46
Abb.13: Von SP gewünschte Verbesserungen praktizierender Ärzte auf expliziter Ebene ..	S.49
Abb.14: Veränderungen im Umgang mit dem persönlichen Umfeld seit der Tätigkeit als SP	S.52
Abb.15: Hat das persönliche Umfeld der SP Veränderungen in Folge der Tätigkeit bemerkt?	S.54
Abb.16: Art der Veränderungen, die vom persönlichen Umfeld bemerkt und angesprochen wurden	S.55
Abb.17: Übersicht über die von SP genannten negativen Effekte der Tätigkeit	S.56
Abb.18: Motivierende Aspekte für die Beteiligung am OSCE als SP	S.60
Abb.19: Teilnahme am OSCE als SP- eine besondere Herausforderung?	S.63
Abb.20: Unterstützende Methoden zur Distanzierung von der Rolle im OSCE	S.64

11.8 Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,

mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben: Dr. phil. Swetlana Philipp, Dipl.-Psych. Katja Brenk-Franz,

die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,

dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Jena, 17.04.2014

Kathrin Lucia Heydrich